



Cas Clinique

Paronychie Chronique Herpétique par Auto-Inoculation au Cours de L'infection à VIH : Trois Observations à l'Hôpital de Référence de Talangaï, Brazzaville, Congo

Chronic herpetic paronychia by auto-inoculation during HIV infection: three observations at Talangaï Reference Hospital, Brazzaville, Congo

BAYONNE KOMBO Edith Sophie^{1,2,*}, GATHSE Alphonse^{1,3}, KANGA OKANDZE Aude², NIAMA Rock Fabien⁴, SOUSSA Rufin Jean Bruno³

ABSTRACT

Paronychia is the inflammation of tissues around the nail. Viral causes are rare in chronic forms. We describe three cases of herpetic paronychia on three women who presented with paronychia, finger ulceration and vulvar ulcers of more than two months duration. Their HIV serology was positive. There was association of bacterial infection in two patients. Treatment with oral acyclovir resulted in complete cutaneous healing for two patients. Herpes should be considered as one etiology of paronychia in patients living with HIV. There is a risk of contamination for people in contact.

RÉSUMÉ

La paronychie est l'inflammation des tissus sus et latéro-unguéaux. Les causes virales sont rares dans les formes chroniques. Nous décrivons trois cas de paronychie herpétique. Il s'agit de trois femmes qui avaient depuis plus de 2 mois une paronychie associée à une ulcération d'un doigt ainsi que des ulcérations vulvaires. Leur sérologie VIH était positive. Deux cas étaient compliqués de surinfection bactérienne. Le traitement par aciclovir per os a permis la cicatrisation complète des lésions chez deux patientes. Ces observations attirent l'attention sur la place de l'herpès parmi les étiologies des paronychies et le risque contagieux pour les sujets contacts.

¹ Université Marien Ngouabi (Faculté des Sciences de la Santé)

² Hôpital de Référence de Talangaï (Service de Maladies infectieuses et Dermatologie) Hôpital de référence de Talangaï. 35 avenue des 3 Martyrs, Talangaï Brazzaville Congo

³ CHU de Brazzaville (Service de Dermatologie)

⁴ Université Marien Ngouabi (Faculté des Sciences et Techniques)

*Auteur correspondant

BAYONNE KOMBO Edith Sophie
Dermatologue vénéréologue
BP 13423 Brazzaville, Congo
Courriel : sophiekb@outlook.com

INTRODUCTION

La paronychie ou périonyxis est l'inflammation des tissus sus et latéro-unguéaux [1]. Elle peut être aiguë ou chronique. Les formes aiguës sont le plus souvent d'origine infectieuse, favorisées par une effraction cutanée lors d'un traumatisme minime [2]. Dans les formes chroniques l'étiologie infectieuse, particulièrement virale, est moins fréquentes [2]. Nous rapportons trois cas de paronychie herpétique par auto-inoculation à partir d'un foyer génital, reçus au Service de Maladies Infectieuses et Dermatologie de l'Hôpital de Référence de Talangaï à Brazzaville au Congo.

OBSERVATIONS

Cas 1

Une femme de 27 ans, sans profession, consultait pour des lésions des muqueuses buccales et génitales évoluant depuis 2 mois. Il n'y avait pas de fièvre mais la patiente signalait une perte pondérale progressive depuis 6 mois. Les lésions n'étaient pas améliorées par des traitements

antibiotiques et antiseptiques, reçus depuis le début des symptômes. L'état général était modérément altéré marqué par une asthénie et un amaigrissement avec une perte pondérale estimée à 15% par rapport à son poids habituel. L'examen dermatologique montrait un périonyxis du quatrième doigt de la main droite parsemé de pustules, d'érosions et de croûtes jaunâtres (figure 1a) ; des ulcérations vulvaires et périanales à bordure irrégulière et fond purulent (figures 1b et 1c) ; une trichopathie soyeuse. Il existait des adénopathies inguinales bilatérales. L'hémogramme montrait une anémie (hémoglobine à 9,6 g/dl) microcytaire hypochrome. La sérologie syphilitique était négative. La sérologie VIH était positive. Le compte de CD4 était à 30 cellules/ μ l. L'analyse bactériologique de l'exsudat des ulcérations génitales et des lésions cutanées prélevé par écouvillonnage était stérile. Le diagnostic d'herpès cutanéomuqueux était évoqué cliniquement. L'absence de tests biologiques pour la confirmation de l'infection

herpétique justifiait l'instauration d'un traitement probabiliste par acyclovir comprimés 200 mg cinq fois par jour. La cicatrisation des lésions cutanées et muqueuses était obtenue en 4 semaines (figure 2).



Figure 1 : (a) Périonyxis du quatrième doigt de la main droite parsemé de pustules, d'érosions et de croûtes jaunâtres 4^{ème}; (b) Ulcération vulvaire à bordure irrégulière; (c) Ulcération périanale



Figure 2 : (a) Lésion du 4^{ème} doigt après traitement; (b) Lésion vulvaire après traitement.

Cas 2

Une femme de 34 ans, sans profession, hospitalisée pour toxoplasmose cérébrale, présentait une lésion cutanée digitale en évolution depuis 4 mois. Son état général était altéré. L'examen dermatologique montrait un périonyxis associé à une ulcération pulpaire du quatrième doigt de la main gauche (figure 3a) et une ulcération à bordure irrégulière de la région vulvaire. L'hémogramme montrait une anémie (hémoglobine à 10,9 g/dl) normochrome

normocytaire. La sérologie syphilitique était négative. La sérologie VIH était positive. Le compte de CD4 était à 44 cellules/ μ l. La glycémie, la créatininémie et les transaminases étaient normales. L'analyse bactériologique par écouvillonnage des lésions cutanées montrait un *Staphylococcus aureus*. L'hypothèse diagnostique de paronychie bactérienne avait justifié un traitement, guidé par l'antibiogramme, à base d'amoxicilline-acide clavulanique per os et d'un antiseptique local. Les lésions inchangées après 10 jours de ce traitement, ont fait réviser le diagnostic pour un herpes cutanéomuqueux impétiginisé. L'acyclovir per os a été institué à la dose de 200 mg 5 fois par jour. Ce traitement était concomitant du cotrimoxazole indiqué pour la toxoplasmose cérébrale. La cicatrisation des lésions était obtenue en 3 semaines (figure 3b).



Figure 3 : (a) Périonyxis associé à une ulcération pulpaire du quatrième doigt de la main gauche; (b) Aspect du même doigt après traitement

Cas 3

Une femme de 38 ans, sans profession, était hospitalisée pour une pneumopathie bactérienne. Elle présentait une ulcération du pouce gauche ayant débuté 6 mois auparavant, sans soins réalisés. L'examen clinique révélait une altération de l'état général avec pâleur conjonctivo-muqueuse et troubles hémodynamiques, un

syndrome de condensation parenchymateuse droit, une lésion ulcéro-végétante du pouce droit (figure 4a), des ulcérations multiples à fond purulent de la région vulvaire (figure 4b), une trichopathie soyeuse et des adénopathies inguinales de petite taille, non douloureuses. La NFS montrait une anémie (hémoglobine à 6,1 g/dl) hypochrome microcytaire. La sérologie syphilitique était négative. La sérologie VIH était positive. Le compte de CD4 n'était pas disponible. La glycémie, la créatininémie et les transaminases étaient normales. L'analyse bactériologique des sécrétions cutanées et génitales montrait un *staphylococcus aureus* sensible à l'amoxicilline-acide clavulanique. Le diagnostic d'herpes cutanéomuqueux a été évoqué cliniquement avec une surinfection bactérienne. Un traitement comportant une transfusion sanguine, l'acyclovir per os (200 mg 5 fois par jour), l'association amoxicilline-acide clavulanique parentéral et des soins locaux biquotidiens au Dakin® était institué. A 2 semaines du traitement, l'évolution était marquée par la régression de la symptomatologie pulmonaire et la cicatrisation des lésions cutanéomuqueuses à 50%, motivant la décision de sortie de l'hôpital. La patiente était perdue de vue après l'hospitalisation.



Figure 4 : (a)Lésion ulcéro-végétante du pouce, (b) Ulcérations vulvaires multiples chez la même patiente

DISCUSSION

La paronychie est dite chronique lorsque sa durée d'évolution est supérieure à 6 semaines [1]. Les causes peuvent être allergiques, mécaniques, médicamenteuses, infectieuses ou tumorales. Une étude de 130 cas de paronychie chronique, menée au Maroc par Erraji et al rapportait une prédominance d'étiologie candidosique, d'eczéma et de psoriasis mais aucun cas d'affection virale n'avait retrouvé [3].

L'herpès digital a été décrit pour la première fois en 1909 chez deux garçons qui présentaient des lésions digitales et un herpès labial. Tous deux avaient comme facteur favorisant un tic de succion d'un doigt [4,5]. Plus tard, en 1959, d'autres descriptions ont été faites notamment chez des personnels soignants. Le terme de panaris herpétique était donné à ces affections du fait de sa localisation péri-

unguéale [4]. Le terme de « herpès de la main » est néanmoins préféré de celui de « panaris herpétique », car les régions péri-unguéales ne sont pas les seuls sites de la main touchés par la maladie [6].

L'herpès digital d'une affection rare, dont l'incidence est estimée à 2,5 cas pour 100 000 habitants [7,8]. Il résulte d'une infection de la peau par le virus Herpès simplex de type 1 (HSV1) ou de type 2 (HSV2). L'infection peut être secondaire à une auto-inoculation à partir de lésions génitales, le plus souvent chez l'adulte jeune de sexe féminin ou à partir de lésions buccales chez l'enfant. Elle peut également être consécutive à un contact avec un sujet excréteur le virus à l'occasion de soins bucco-dentaires, le plus souvent chez le personnel soignant [6]. Nos trois cas correspondaient à une contamination par auto-inoculation à partir des lésions génitales et périanales qui ont été identifiées au cours de l'examen clinique.

L'infection digitale survient volontiers sur terrain d'infection à VIH, de diabète et de malnutrition [7]. Le tic de succion du pouce et certaines professions favorisent l'auto-inoculation. Les professions à risque sont le personnel soignant, particulièrement les dentistes et les coiffeurs [7-9]. La contamination en milieu de soins s'est améliorée depuis le port de gants [10,11]. Toutes nos patientes étaient sans profession et avaient une sérologie VIH positive s'accordant avec les données de la littérature concernant le terrain. D'autres cas d'herpès digital sur terrain d'infection à VIH ont été rapportés [4, 12, 13].

Classiquement, l'herpès digital se traduit par une tuméfaction érythémateuse péri-unguéale très douloureuse, surmontée de vésicules, qui survient 2 à 14 jours après le contact infectant. Les vésicules peuvent confluer en une bulle à liquide clair ou devenir une pustule [4,7]. Sans traitement, les lésions cicatrisent en 2 à 3 semaines chez le sujet immunocompétent [4,14]. La surinfection bactérienne est possible. Le diagnostic de l'infection herpétique repose sur l'anamnèse, l'aspect clinique et les examens de laboratoire. Les examens biologiques de confirmation par méthode directe sont la culture virale à partir du liquide de vésicules, la PCR et la recherche d'antigène viral par technique d'ELISA ou immunofluorescence directe. Le sérodiagnostic donne la situation immunitaire par rapport à l'herpès virus [5, 15]. La principale affection du diagnostic différentiel est la sclérodermie qui se manifeste par des ulcérations digitales associées à une acrosclérose ou une sclérose diffuse. Chez nos patientes, la présentation clinique était atypique traduite par des lésions ulcérales associées à la paronychie. Nos observations s'accordent d'autres auteurs qui ont décrit des formes atypiques chez des personnes vivant avec le VIH. Robayna et al, en Espagne, ont décrit trois cas d'herpès digital au cours d'une infection à VIH caractérisés cliniquement par une ulcération à progression rapide avec destruction unguéale [12]. García-Plata et al ont décrit un herpès digital ulcéreux et exsudatif cas chez un patient immunodéprimé par la VIH [13]. Une forme végétante d'herpès digital chez un patient séropositif pour le VIH a également été rapportée par Gonzales-Zamora et al [16]. Par contre, le cas décrit par Gathier et al chez un sujet immunocompétent présentait des lésions herpétiques

typiques [8]. Classiquement, au cours de l'infection à VIH, l'herpès de la main est caractérisé par l'existence de lésions ulcéreuses et une régression plus lente des lésions avec tendance à la chronicité [4]. La surinfection bactérienne est plus fréquente et le nombre de CD4 souvent bas [4]. Ces caractéristiques ont été retrouvés chez nos patientes. Le cas clinique décrit par García-Plata et al présentait également un nombre de CD4 très bas, compté à 7 cellules/ μ l [13]. Nos observations, sur le plan clinique, concordent avec la classification OMS de l'infection à VIH qui considère un herpès chronique comme une affection du stade avancé de la maladie VIH [17].

Pour nos patientes, le plateau technique n'a pas permis le diagnostic biologique. En situation de faiblesse du plateau technique pour les examens biologiques, les données anamnestiques et l'existence d'un foyer primaire génital ont conforté le diagnostic d'herpès. Un traitement d'épreuve antiherpétique était institué conformément à l'approche syndromique proposée par l'OMS pour les ulcérations génitales [18]. Le traitement a permis la cicatrisation des lésions digitales et génitales.

Nos cas rapportés suggèrent les réflexions suivantes :

- Le risque de contamination par le virus de l'herpès et par le VIH du fait de l'existence d'ulcérations non protégées et sans soins appropriés évoluant depuis plusieurs semaines ; ce risque concerne le personnel soignant et l'entourage du patient
- La possibilité d'un traitement d'épreuve antiherpétique pour réduire le risque contagieux lorsque les analyses biologiques de confirmations ne sont pas disponibles.

CONCLUSION

Nos observations montrent la place de l'herpès parmi les étiologies de la paronychie chronique chez les sujets immunodéficients par le VIH. Elles soulignent le risque contagieux du VIH et du virus herpétique pour l'entourage et le personnel soignant. Elles révèlent également l'intérêt d'un traitement d'épreuve antiherpétique en l'absence d'un plateau technique pour le diagnostic biologique.

Conflits d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES

- [1]. Duhard E. Les paronychies. *Presse Med* 2014 ; 43 : 1216-22.
- [2]. Leggit JC. Acute and chronic paronychia. *Am Fam Physician* 2017;96:44-51
- [3]. Erraji H, Aboutaam A, Hali F, Soussi M, Chiheb S. Paronychie chronique : une étude de 130 cas. *Ann Dermatol Veneréol* 2018 ; 145 (4) : A42.
- [4]. Adisen E, Önder M. Acral manifestations of viral infections. *Clinics in Dermatology* 2017 ; 35, 40-9
- [5]. Rubright JH, Shafritz AB. The herpetic whitlow. *J Hand Surg* 2011 ; 36(2) : 340-2.
- [6]. Martin L. Herpès oro-facial, autres localisations herpétiques (herpès génital et néonatal exclus). *Ann Dermatol Veneréol* 2002 ; 129 : 494-506.

- [7]. Orrini I, Franko OI, Reid A, Abrams RA. Hand infections. *Orthop Clin N Am* 2013 (44) : 625-34.
- [8]. Gathier PJ, Schönberger TJ. A man with an infected finger : a case report. *Journal of medical Case Reports* 2015 (9) : 119.
- [9]. Pintor E, Montilla P, Catalán P, et al. Recurrent infection in the left thumb. *Infection* 2013;41:1203-1204.
- [10]. Freedberg Irwin M in Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 6th ed. New-York Mc Graw-Hill : p 1317-2063-2068.
- [11]. El Hayderi L, Nikkels AF. Infections par les virus herpès simplex 1 et 2 in Mokni M, Dupin N, Del Giudice P. *Dermatologie infectieuse*. Elsevier Masson, Paris 2014 : pp :7-16.
- [12]. Robayna MG, Herranz P, Rubio FA, Pena P, Pena JM, González J et al. Destructive herpetic whitlow in AIDS : report of three cases. *Br J Dermatol*. 1997 ;137(5):812-5.
- [13]. García-Plata MD, Moreno-Giménez JC, Vélez García A, Valverde Blanco F, Fernandez Roldán JC. Herpetic whitlow in an AIDS patient. *J Eur Acad Dermatol Veneréol* 1999 ; 12(3) : 241-2.
- [14]. Wu IB, Schwartz Ra. Herpetic whitlow. *Cutis* 2007; 79:193-196
- [15]. Najioullah F. Signification et limites des moyens diagnostiques virologiques dans l'herpès oro-facial, l'herpès génital, l'herpès de la femme enceinte et chez le nouveau-né à risque. *Ann Dermatol Veneréol* 2002 ; 129 : 507-22.
- [16]. Gonzales Zamora JA, Espinoza LA. Verrucous herpes of the finger in a patient with HIV-1 infection. *Infection* 2018 ; 46 :285-286
- [17]. Camasmie HR, Léda SB, Lupi O, Lima RB, D'Acri AM, Martins CJ. Chronic herpetic whitlow as the first manifestation of HIV infection. *AIDS* 2016 Sept 10 ; 30 (14) : 2254-6.
- [18]. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Traitement présomptif périodique des infections sexuellement transmissibles : expérience sur le terrain et recommandations relatives à la recherche, 2009 [consulté le 02 décembre 2018]. Disponible à l'URL <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/g-hss-stis/fr>.