

MEDECINE TROPICALE

Diplôme de Médecine Tropicale des Pays de l'Océan Indien

Syndrome pieds-mains-bouche Actualités 2023

Professeur Pierre Aubry, Docteur Bernard-Alex Gaüzère. Mise à jour le 16/12/2023.
www.medecinetropicale.com

1. Introduction

L'Organisation Mondiale de la Santé a lancé le 4 juillet 2012 une alerte au niveau mondial concernant une maladie atteignant les enfants de moins de trois ans au Cambodge. Le 13 juillet 2012, l'enquête a conclu qu'une forme grave de la Maladie Mains-Pieds-Bouche (MMPB) était à l'origine de la majorité des cas et que la plupart des échantillons prélevés et analysés à l'Institut Pasteur du Cambodge étaient positifs pour l'entérovirus 71 (EV-71).

La MMPB est causée par des virus appartenant aux espèces du genre *Enterovirus* pouvant infecter l'homme. Plusieurs sérotypes sont en cause, en particulier les virus coxsackie A16 (CVA6) et les entérovirus 71 (EV71), également connu sous le nom d'entérovirus A71 (EV-A71).

L'infection entraîne une éruption vésiculeuse sur les mains, les pieds et la muqueuse orale, d'où son nom. La maladie est plus fréquente chez les jeunes enfants.

Compte tenu des présentations atypiques et des différentes étiologies virales, la Maladie mains-pieds-bouche est en fait un syndrome et doit être appelée Syndrome pieds-mains-bouche (SPMB).

2. Épidémiologie

La MMPB survient par cas individuels ou par épidémies. La maladie existe toute l'année sous les tropiques, alors qu'elle sévit en été et en automne dans les pays tempérés. Depuis 1997, des flambées épidémiques dues à l'EV-71 ont eu lieu en Asie et dans le Pacifique, en particulier en Malaisie en 1997, à Taiwan en 1998, en Australie en 1999, à Singapour en 2000, en Chine en 2008. Des cas sporadiques sont observés en Europe, où le cas initial de MMPB dû au CVA6 a été identifié en Finlande.

Le virus Coxsackie A-16 entraîne généralement une maladie spontanément résolutive avec peu de complications, alors que l'EV-71 est associé à des complications graves, voire mortelles.

Le virus Coxsackie A-16 est responsable de la MMPB, de l'herpangine ou pharyngite vésiculeuse et de l'acrodermatite papuleuse infantile de Gianotti-Crosti¹.

L'EV-71 est responsable de la MMPB et de l'herpangine. La maladie due à EV-71 est plus grave que celle qui est due à d'autres entérovirus, le virus pouvant être cause de complications, même en l'absence de signes cliniques de MMPB. Au cours d'une épidémie d'EV-A71 en Catalogne en 2016, une atteinte neurologique a été observée sans syndrome main / pied / bouche. Le virus Coxsackie A6 provoque une MMPB atypique plus diffuse.

¹ Syndrome de Gianotti-Crosti ou acrodermatite papuleuse infantile : éruption de petites papules roses de 5 à 10 millimètres sur les membres, le visage et le tronc qui touche les jeunes enfants et dont la cause est indéterminée.

Les virus responsables de la MMPB sont transmis par contact direct avec les sécrétions du sujet infecté : sécrétions des voies respiratoires (nez, gorge), salive, selles, liquide des lésions cutanées. La maladie est particulièrement contagieuse dans la première semaine, mais le virus peut être éliminé dans les selles pendant plusieurs semaines.

3. Étude clinique

L'incubation est brève de 3 à 5 jours.

La MMPB typique - ou stomatite vésiculeuse avec exanthème,- est caractérisée par de la fièvre, par des lésions buccales et des éruptions cutanées. Les lésions buccales sont des vésicules qui s'ulcèrent rapidement et siègent sur la muqueuse buccale, la langue, le palais et les gencives. Les éruptions cutanées sont des lésions maculo-vésiculeuses qui siègent essentiellement sur la paume des mains, sur les doigts et sur la plante des pieds. Au niveau de la muqueuse orale, il s'agit de vésicules avec un halo érythémateux et de possibles érosions.



Syndrome pieds-mains-bouche chez un nourrisson canadien en 2023 (source : K. Gaüzère).

Parmi les autres symptômes, citons des malaises, des maux de gorge, des troubles digestifs (vomissements, diarrhée). La MMPB typique est considérée comme bénigne et guérit spontanément en 7 à 10 jours. Mais, des complications peuvent survenir : déshydratation,

méningite aseptique ou virale en cas d'infection à virus Coxsackie ; déshydratation, complications neurologiques (encéphalite, méningite, paralysie flasque aiguë), pulmonaires (œdème pulmonaire, hémorragie pulmonaire), cardiaques (myocardite) en cas d'infection par l'EV-71, qui peuvent être cause de décès.

La déshydratation peut se produire en raison de la douleur causée par les lésions qui tapissent la bouche et rendent l'ingestion de liquides difficile.

Depuis une quinzaine d'années, des présentations atypiques ou inhabituelles sont rapportées principalement associées au virus Coxsackie A6. Une équipe canadienne a publié une revue systématique de la littérature des SPMB à propos de 1 359 enfants d'âge moyen de 2,4 ans (19 jours à 18 ans) avec une prédominance masculine (61 %). Différentes présentations de la maladie y sont rapportées. À côté des classiques vésicules, on note des papules, des bulles et des macules. Sont aussi décrits des tableaux évoquant un syndrome de Kaposi Juliusberg² (*eczema herpeticum*), un syndrome de Gianotti-Crosti, des pétéchies et des purpuras. Ces éruptions atypiques débordent les localisations classiques, atteignant les bras, les jambes, le visage, les fesses, le tronc. Les lésions peuvent être généralisées.

Comme dans les SPMB typiques, des signes associés peuvent être constatés : forte fièvre, pharyngite, toux, ainsi que des complications. Des anomalies des ongles à type d'onychomadèse³ et de lignes de Beau⁴ et une desquamation sont signalées dans les deux ou trois semaines suivantes.

4- Formes cliniques.

Les enfants et les adolescents sont plus fréquemment atteints. Les adultes sont rarement infectés, bien que les femmes enceintes qui n'ont pas été exposées au virus auparavant courent un plus grand risque d'infection. La femme enceinte peut présenter une maladie bénigne, voire asymptomatique. Si elle est infectée avant l'accouchement, elle peut transmettre l'infection à son nouveau-né qui peut présenter une maladie bénigne ou grave, d'autant qu'il est infecté au cours des deux premières semaines de vie

5- Diagnostic

Le diagnostic est clinique dans les formes non compliquées.

Dans les formes compliquées, le diagnostic de laboratoire est nécessaire à partir des prélèvements au niveau des voies aériennes supérieures, des lésions cutanées, des selles, du liquide céphalorachidien. Il repose sur la culture virale et la PCR. Un prélèvement des sécrétions de la gorge peut exclure les infections bactériennes susceptibles de nécessiter une antibiothérapie.

² Le syndrome de Kaposi-Juliusberg est dû à la contamination par le virus de l'herpès d'un nourrisson atteint d'un eczéma étendu. Il se caractérise par des pustules souvent hémorragiques s'étendant du visage à l'ensemble du corps sur des lésions d'eczéma préexistantes.

³ Onchomadèse : pathologie de l'ongle qui se caractérise par la chute spontanée de l'ongle qui commence par la matrice. Elle est causée principalement par une infection.

⁴ Lignes de Beau : rainures horizontales de l'ongle qui se produisent lorsque la croissance de l'ongle se ralentit temporairement (infection, traumatisme, maladie systémique...).

6- Traitement

Il n'existe aucun agent antiviral connu pour être efficace dans le traitement de l'infection à CVA6 et à EV-A71. L'administration d'immunoglobulines intraveineuses peut prévenir les formes graves chez les patients atteints de déficit immunitaire ou en cas de risque vital.

La plupart des personnes qui sont atteintes de la maladie récupèrent en 7 à 10 jours spontanément ou avec un minimum d'aide médicale. Le traitement symptomatique consiste en une bonne hydratation, des médicaments contre la fièvre et les douleurs dues aux ulcérations buccales. Il comprend une hygiène bucco-dentaire méticuleuse (à l'aide d'une brosse à dents souple et de bains de bouche eau-sel), un régime mou qui ne comprend pas d'aliments acides ou salés et des mesures topiques.

Dans la série canadienne, 40 % des enfants ont été hospitalisés et 16 % ont reçu un traitement par acyclovir, antibiotiques, ou corticoïdes topiques. Devant une présentation inhabituelle du SPMB, il faut savoir l'évoquer, le confirmer par PCR, afin d'éviter des traitements inutiles.

Les enfants peuvent ne pas vouloir manger ni boire à cause de leur difficulté à avaler. Il est essentiel qu'ils boivent suffisamment de liquides pour prévenir la déshydratation. Au cas où ils refuseraient les jus de fruits trop acides, il faut leur proposer de la crème glacée, du lait froid, ou du yogourt (y compris du yogourt glacé). Non seulement ces denrées sont des sources de nutrition et de liquides, elles sont également plus faciles à avaler et elles n'irritent pas.

7- Prévention

La prévention est basée sur une bonne hygiène personnelle. Pour éviter d'être infecté, il faut se laver fréquemment les mains, surtout après avoir changé les couches des bébés et après avoir été aux toilettes. Il faut désinfecter les surfaces contaminées et les objets souillés avec des désinfectants chlorés (eau de Javel) ou iodés.

Trois vaccins EV-71 inactivés sont actuellement en cours de développement ; ils semblent sûrs et efficaces dans la prévention du SPMB due à l'EV-71.

Références

- WHO. Hand, foot and mouth disease information sheet. 1- July 2012
- WHO. Western Pacific Region. A guide clinical and management and public health response for hand, foot and mouth disease (HFMD), 2011
- OMS. Graves complications de la maladie mains-pieds-bouche due au virus EV-71 au Cambodge. Conclusions de l'enquête conjointe. 13 juillet 2012.
- Lauren J Stockman « *Notes from the Field: Severe Hand, Foot, and Mouth Disease Associated with Coxsackievirus A6 - Alabama, Connecticut, California, and Nevada, November 2011-February 2012* », Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), 2012; 61: 213-214.
- S. Aswathyraj, G. Arunkumar, E.K. Alidjinou et D. Hober, « *Hand, foot and mouth disease (HFMD): emerging epidemiology and the need for a vaccine strategy* », Medical Microbiology and Immunology, 12 juillet 2016, 1-11.
- Eun-Je Yi, Yun-Ju Shin, Jeong-Hwan Kim et coll. Enterovirus 71 infection and vaccines. Clin Exp Vaccin Res. 2017; 6 :4-14.
- Wörner N, Rodrigo-Garcia R, Anton A et al . Enterovirus-A71 thromboencephalitis outbreak in Catalonia: characteristics, management and outcome. Pediatr Infect Dis J 2021 ; 40 : 628-633.

- Starkey SY, Mar K, Khaslavsky et et coll. Atypical cutaneous findings of hand-foot-mouth disease in children. A systematic review. *Pediatr Dermatol* 2023, oct 25 :DOI : 10.1111/pde.15461