

#001

Purpura fulminans — urgence vitale absolue

2.3 Le purpura fulminans

Purpura fulminans :



Purpura

nt les éléments **s'étendent rapidement** en taille et en nombre,

avec au moins **un élément nécrotique ou ecchymotique > 3 millimètres** de diamètre,

associé à un **syndrome infectieux sévère**,
non attribué à une autre étiologie



Purpura fulminans : purpura dont les éléments s'étendent rapidement en taille et en nombre, avec au moins un élément nécrotique ou ecchymotique > 3mm, associé à un syndrome infectieux sévère.

Capture de cours ECN (usage pédagogique)

- Définition à connaître par cœur : purpura s'étendant rapidement en taille et en nombre, avec au moins un élément nécrotique ou ecchymotique de plus de 3mm de diamètre, associé à un syndrome infectieux sévère non attribuable à une autre étiologie.
- Urgence absolue, pronostic vital engagé en quelques heures : le plus souvent d'origine méningococcique (*Neisseria meningitidis*) chez l'enfant et l'adulte jeune, mais d'autres bactéries peuvent être en cause.
- Conduite à tenir extrême urgence : antibiothérapie probabiliste (céphalosporine de 3e génération) à administrer IMMÉDIATEMENT, y compris en pré-hospitalier, sans attendre aucun résultat d'examen complémentaire — chaque minute compte.
- Transfert médicalisé immédiat en réanimation ; devant tout purpura fébrile, l'examen cutané complet (déshabillage intégral) à la recherche d'éléments nécrotiques est un geste diagnostique obligatoire et non négociable.

Devant un purpura fébrile, ne jamais attendre la ponction lombaire ou tout autre examen pour débuter l'antibiothérapie : le retard thérapeutique est le principal facteur de surmortalité du purpura fulminans.

#002

Grosses jambes rouges aiguës — dermohypodermite vs fasciite nécrosante



Le signe clinique majeur distinguant les processus nécrosants : l'intensité de la douleur, disproportionnée par rapport à l'aspect cutané initial, doit alerter avant même l'apparition de signes de nécrose visibles.

Capture de cours ECN (usage pédagogique)

- Devant toute grosse jambe rouge aiguë, la première question à trancher en urgence : s'agit-il d'une dermohypodermite bactérienne non nécrosante (érysipèle, douloureuse mais évolution favorable sous antibiotiques) ou d'une fasciite nécrosante (extrêmement douloureuse, urgence chirurgicale) ?
- Le signe clinique majeur des processus nécrosants est la douleur : une douleur extrême, disproportionnée par rapport aux signes cutanés visibles, précède souvent l'apparition des signes locaux de nécrose (taches cyaniques, bulles hémorragiques, crépitation, hypoesthésie).
- Autres signes d'alerte à rechercher systématiquement : signes de sepsis/ choc septique, extension rapide en quelques heures, impotence fonctionnelle majeure, terrain à risque (diabète, immunodépression, obésité morbide).
- Devant une suspicion de fasciite nécrosante : exploration chirurgicale en urgence sans délai (le diagnostic est clinique, l'imagerie ne doit jamais retarder la prise en charge chirurgicale), associée à une antibiothérapie probabiliste large spectre immédiate.

Signes cutanés des endocardites infectieuses



Signes cutanéomuqueux d'endocardite infectieuse : purpura vasculaire, faux panaris d'Osler (nodosités douloureuses des pulpes), hémorragies sous-unguéales en flammèches, hémorragies conjonctivales, érythème palmoplantaire de Janeway (indolore).

Capture de cours ECN (usage pédagogique)

- Devant toute fièvre prolongée inexpliquée, l'examen cutané et unguéal complet fait partie intégrante de la recherche d'une endocardite infectieuse — ces signes traduisent des phénomènes emboliques ou immunologiques associés.
- Faux panaris d'Osler : nodosités sous-cutanées douloureuses et fugaces des pulpes des doigts/orteils, d'origine immunologique (dépôts de complexes immuns) — à différencier d'un vrai panaris infectieux local.
- Érythème palmoplantaire de Janeway : à l'inverse des faux panaris d'Osler, indolore, d'origine embolique septique (contrairement à l'origine immunologique de l'Osler) — la distinction douloureux/indolore est un point clé d'examen.
- Autres signes à rechercher : purpura vasculaire (souvent des extrémités), hémorragies sous-unguéales « en flammèches », hémorragies conjonctivales/taches de Roth au fond d'œil — la présence de plusieurs signes renforce fortement la suspicion diagnostique.

DRESS et toxidermies graves — cas clinique



Cas clinique 6

Elle explique que son état cutané s'est progressivement amélioré depuis l'arrêt des ATB (il y a 24 jours), tout comme les prises de sang prescrites par son médecin traitant qu'elle vous rapporte. La dernière date d'hier.

Cependant, une lésion cutanée est réapparue au niveau de son coude droit depuis la veille.

Ce jour les lésions cutanées sont les suivantes :



Cas clinique : amélioration progressive de l'état cutané après arrêt de l'antibiotique responsable, avec réapparition d'une lésion localisée au coude — illustre l'évolution souvent prolongée et parfois biphasique du DRESS.

Capture de cours ECN (usage pédagogique)

- DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) : toxidermie grave et retardée (2 à 8 semaines après l'introduction du médicament inducteur), à différencier des toxidermies bénignes par sa chronologie plus tardive et son atteinte systémique.
- Triade évocatrice : éruption cutanée souvent extensive et infiltrée, fièvre élevée, atteinte viscérale (hépatique + + +, rénale, cardiaque, pulmonaire) associée à une hyperéosinophilie et un syndrome mononucléosique biologique.
- Évolution caractéristique souvent prolongée et parfois biphasique : amélioration initiale à l'arrêt du médicament inducteur, puis possible réapparition ou aggravation secondaire de lésions cutanées ou de l'atteinte viscérale, justifiant une surveillance prolongée après la sortie.
- Prise en charge : arrêt immédiat et définitif du médicament inducteur (et de toute sa classe pharmacologique), corticothérapie générale dans les formes viscérales sévères, surveillance biologique et clinique prolongée (rechutes possibles sur plusieurs semaines).

Contrairement aux toxidermies bénignes qui guérissent en quelques jours sans séquelle, le DRESS impose une surveillance prolongée de plusieurs semaines à mois, y compris après amélioration apparente, du fait du risque de rechute et de séquelles viscérales (notamment thyroïdiennes).