



Article scientifique

Article

2007

Published version

Open Access

This is the published version of the publication, made available in accordance with the publisher's policy.

---

## Lésions d'escarres ou d'herpès : expérience en soins palliatifs

---

Kistnensamy, Terumalai; Toutous Trelu, Laurence Marie; Piguet, Vincent; Moynier-Vantieghem, Karine

### How to cite

KISTNENSAMY, Terumalai et al. Lésions d'escarres ou d'herpès : expérience en soins palliatifs. In: InfoKara, 2007, vol. 22, n° 2, p. 45–48. doi: 10.3917/inka.072.0045

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:155790>

Publication DOI: [10.3917/inka.072.0045](https://doi.org/10.3917/inka.072.0045)

## LÉSIONS D'ESCARRES OU D'HERPÈS : EXPÉRIENCE EN SOINS PALLIATIFS

[Kistnensamy Terumalai](#), [Vincent Piguet](#), [Laurence Toutous-Trellu](#), [Karine Moynier-Vantieghem](#)

Médecine & Hygiène | « [InfoKara](#) »

2007/2 Vol. 22 | pages 45 à 48

ISSN 1021-9056

DOI 10.3917/inka.072.0045

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-infokara1-2007-2-page-45.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Médecine & Hygiène.

© Médecine & Hygiène. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# Lésions d'escarres ou d'herpès : expérience en soins palliatifs

Kistensamy Terumalai<sup>1</sup>, Karine Moynier<sup>1</sup>, Vincent Piguet<sup>2</sup>, Laurence Toutous-Trellu<sup>1,2</sup>

Médecins

<sup>1</sup> Service de Médecine palliative, Centre de soins continus, Département de Réhabilitation et Gériatrie, Hôpitaux Universitaires de Genève

<sup>2</sup> Service de Dermatologie, Hôpitaux Universitaires de Genève

**Résumé :** *Lésions d'herpès ou d'escarres : expérience en soins palliatifs* – Des manifestations cutanées d'Herpès Simplex Virus (HSV) de localisation postérieure, sont étudiées systématiquement dans un service de soins palliatifs. Six femmes et trois hommes âgés de 60 à 80 ans souffrant tous d'un cancer métastaté sont décrits. HSV-2 était confirmé par immunofluorescence dans 7 prélèvements sur 10. Sous traitement, 2 patients ont cicatrisé et 7 patients ont été rapidement soulagés mais sont décédés de leur cancer avant guérison de l'herpès. Cette forme d'herpès doit être détectée et traitée précocement. Son aspect parfois atypique ou associé à des escarres incite à confirmer le diagnostic.

**Summary :** *Herpetic lesions or pressure ulcers : experience in palliative care* – Posterior sites of cutaneous Herpes Simplex virus (HVS) are systematically studied in a palliative care unit. Six women and three men aged 60 to 80 years and suffering from metastatic cancer are described. HSV-2 was confirmed by immunofluorescence in 7 of 10 samples. When treated was administered, the lesions healed in 2 patients and were markedly alleviated in 7 who died of their cancer before the lesions cleared. This form of HSV should be detected and treated early. Atypical presentation resembling pressure ulcers requires laboratory confirmation of the diagnosis.

**Mots-clés :** Herpès simplex cutané lombo-sacré – Soins palliatifs.

**Key-words :** Herpes simplex – Pressure ulcer – Palliative care.

## Introduction

Les herpès Simplex Virus (HSV) cutanéomuqueux sont bien décrits dans les populations d'adultes jeunes immunocompétents [1, 2]. Deux sous-types du virus s'extériorisent, ainsi, le sous-type 1 (HSV-1) est le plus souvent retrouvé au niveau buccal et autres localisations corporelles hautes, majoritairement céphaliques; alors que le HSV-2 est plutôt génital et dans d'autres localisations basses plus rares. Avec l'avancement en âge il s'agit le plus souvent de récurrences de l'infection une fois que le virus est installé dans les ganglions neuro-végétatifs ou des racines postérieures de la moelle épinière. En ce qui concerne le HSV-2, les récurrences génitales, le plus souvent bénignes, prennent une importance particulière chez l'adulte par le risque de contamination sexuelle ou du nouveau-né, mais aussi par leur caractère presque invalidant lorsque ces récurrences sont très fréquentes. La prise en charge thérapeutique et/ou prophylactique s'avère dans ces cas, nécessaire. D'autres situations spécifiques d'herpès cutanéomuqueux concernent des patients immunosupprimés. Le risque de chronicité, de dissémination tant superficielle que profonde en particulier

neurologique, implique alors une prise en charge rapide et efficace [3]. Dans notre expérience en soins palliatifs, nous avons observé le plus souvent une localisation fessière, péri-anale et sacro-coccygienne de l'herpès, parfois trompeuse avec d'autres types de plaies. Nous décrivons en détail ces présentations et la prise en charge pratique qui s'ensuit pour ces malades en fin de vie.

## Etude rétrospective de cas

Les patients étaient hospitalisés dans des unités de soins palliatifs des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) et remplissaient les critères de prise en charge de fin de vie pour adulte de tout âge mettant en priorité le confort et l'antalgie adaptés à la (les) maladie(s) de base. Des médecins et infirmiers en charge directe du patient signalent la majorité des plaies, constatées à l'arrivée ou apparues lors du séjour, à un infirmier spécialisé dans les plaies cutanées et au dermatologue référent du centre de soins continus. Plusieurs cas d'herpès cutanés ont été identifiés cliniquement et par technique d'immunofluorescence directe (IFD) au laboratoire de dermatologie des HUG. Neuf patients hospitalisés sont décrits ici en raison d'une documentation plus systématique et complète (tableau I).

Il s'agissait de 6 femmes et 3 hommes avec une moyenne d'âge de 74,6 ans (60-88 ans). Tous les patients

*Correspondance :* Dr Laurence Toutous-Trellu, Département de Réhabilitation et Gériatrie, Hôpital des Trois-Chêne, CH-1226 Thônex. Tél.: +41 (0) 22 305 62 70. Courriel: laurence.trellu@hcuge.ch

Tableau 1: Patients hospitalisés en soins palliatifs avec Herpès simplex type 2 sacro-fessier.

	Sexe (H/F) Age (ans)	Immuno-suppression	localisation lésions	Résultats IF	Culture	2° IF
1	H	AdenoCa prostatique. RxTT, hormonoTT, dexaméthasone 1 mg/j	Périanales et interfessier	HSV-2	Non	
2	F 73	Lymphome non hodgkinien, chimio, prednisone 5 mg/j	Pli interfessier et fesse droite	HSV-2	Non	
3	F 87	Ca ovarien. métas hép, chimio, dexaméthasone 8mg/j	Région sacrée	Négatif	Non	
4	H 61	Ca ORL, chimio et RxTT, dexaméthasone 9 mg/j	Fesse droite	HSV-2	Non	
5	F 65	AdenoCa pulm, multimétas, Dexaméthasone 12 mg/j	Fesse gauche	HSV-2	?	
6	F 89	AdenoCa caecal, métas hép, chimio, prednisone 40mg/j	Région sacrée	HSV-2	Non	
7	H 87	Adeno Ca prostate, dexaméthasone 2mg/j	Région sacrée droite	Négatif	Non	HSV-2 + 5 j
8	F 83	Ca sein avec métas pulm et osseuses, Dexaméthasone 2mg/j	Région sacrée et fesse droite	HSV-2	Non	
9	F 62	Ca Pancreas, RxTt	Hanche gauche	Négatif	Non	

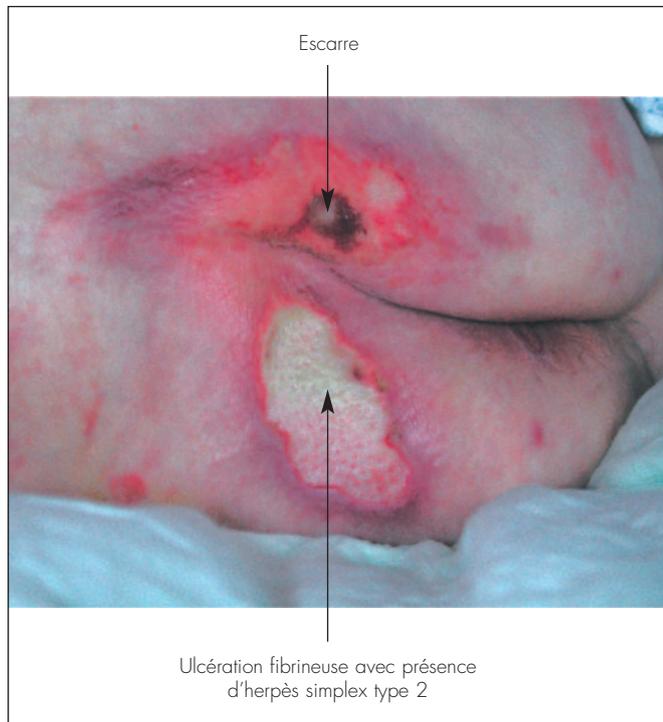
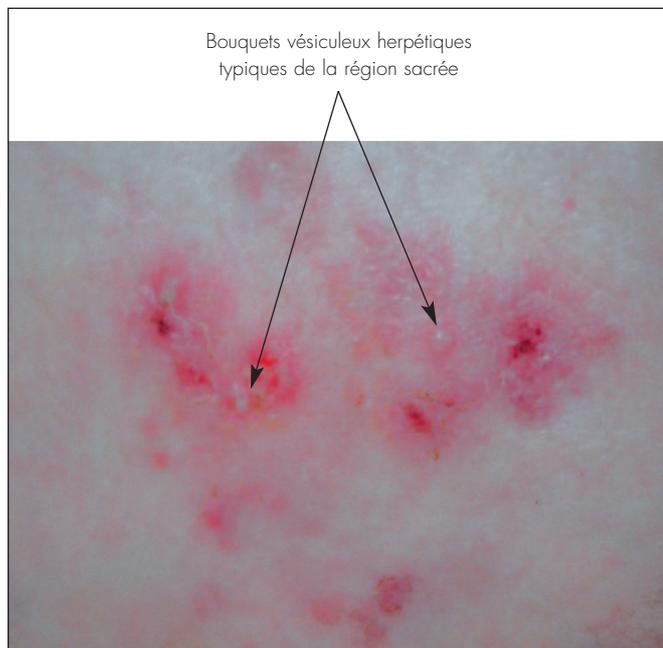
AdénoCa : adénocarcinome ; Ca : carcinome ; RxTt : radiothérapie ; chimio : chimiothérapie ; hormonoTt : hormonothérapie ; Métas : métastases

souffraient de cancer au stade terminal et ont eu soit une chimiothérapie ou une radiothérapie ou les deux dans les mois précédents. De plus, la majorité (8/9) des patients étaient sous corticothérapie prolongée. La présentation clinique était dans tous les cas de topographie fessière et/ou sacro-coccygienne, aucune localisation génitale n'a été observée. Les critères diagnostiques de cette étude étaient soit cliniques (seuls si IFD était négative) soit confirmés par l'IFD devant des vésicules groupées herpétiformes et une localisation typique (patient 6, figure 1) ou des ulcérations fibrineuses adjacentes douloureuses surajoutées à des escarres (patient 3 et 7, figure 2). Dix prélèvements ont été effectués dont 2 chez un même patient à quelques jours d'intervalle, la présomption clinique restant forte, le prélèvement a été réitéré et a objectivé un HSV-2. Deux lésions présentaient une dessiccation importante nécessitant une humidification au sérum physiologique avant le prélèvement. Sur les 10 prélèvements effectués, 7 sont positifs à l'herpès simplex de type 2 et 3 sont négatifs mais avec une clinique évidente pour HSV. Nous n'avons pas effectué de culture virale car un résultat quasi-immédiat était requis. Une fois la confirmation clinique dermatologique et/ou de laboratoire faite, la prise en charge thérapeutique était discutée au cas par cas. Une désinfection locale par polyvidone iodée et la mise sous val acyclovir per os ont permis une cicatrisation complète dans 2 cas. Les 7 autres patients sont décédés dans un délai trop rapide pour évaluer la guérison de l'herpès, mais l'amélioration des lésions 48 heures après

le début du traitement adapté a pu être constatée. Dans aucun cas la cause du décès n'était attribuée à une complication de l'herpès.

## Discussion

La localisation postérieure, lombo-sacrée, cutanée de l'HSV-2 semble commune chez des patients très fragilisés qui sont la majorité du temps allongés ou au fauteuil. Mais peu de littérature décrit suffisamment cette expression clinique du virus [1, 4]. Dans notre petit collectif, tous les herpès isolés sont de type 2 comme attendu le plus souvent. L'immunosuppression chez tous ces patients est un facteur de risque général de récurrence herpétique et avec l'âge avancé survient volontiers dans une autre localisation que génitale. Parmi les patients immunocompétents qui développent un herpès primaire génital, 21% vont avoir une récurrence non génitale [1]. Cette récurrence est plus souvent localisée aux fesses et cuisses, ce qui est le reflet de la distribution des ganglions sur le trajet du nerf dorsal qui innerve ces zones. Par ailleurs l'immunosuppression même forte ne prédispose pas à une localisation particulière telle que lombo-sacrée de l'HSV-2 [3]. Cependant pour que cette localisation soit aussi systématique dans notre contexte, nous supposons aussi l'importance des facteurs localisés comme les frottements et une hyperpression répétés créant des abrasions tissulaires. Des stimulations physiques sont bien rapportées comme déclenchant les récurrences herpé-

Figure 1 : **Patient 6.**Figure 2 : **Patient 7.**

tiques [4, 5]. Ces mécanismes de déclenchement «internes» et «externes» de récurrences herpétiques sont ainsi discutés dans une autre situation extrême de patients en soins intensifs avec assistance ventilatoire qui déclenchent l'HSV-1 sur des zones muqueuses agressées par l'intubation et dont le facteur général est le stress intense et parfois l'immunosuppression [5, 6]. Plusieurs lésions parmi nos patients étaient considérées comme des escarres et traitées comme telles avant la suspicion d'herpès. Chez

certains patients dénutris il existait bien des lésions d'escarres simultanément. Les pansements occlusifs ou semi-occlusifs, de type hydrocolloïde ou hydrocellulaire utilisés pour l'escarre avait tendance à aggraver les lésions plutôt que de les améliorer. L'excès d'humidité et la chaleur favorisaient, d'après notre observation, l'extension des lésions, sans surinfection bactérienne. Pour ces malades il est souvent difficile de connaître la date d'apparition de l'herpès, de plus, la présence infraclinique de l'herpès est prouvée dans d'autres situations [7]. Nous pensons que parmi ces patients en soins palliatifs ces herpès sont sous diagnostiqués en raison de ces formes chroniques ou à bas bruit et parfois atypiques. La présence d'une antalgique forte systémique à base de morphine et dérivés pour la maladie principale et qui «couvre» en partie la gêne locale. Des symptômes subjectifs de l'herpès sont cependant retrouvés électivement auprès du patient qui confirme une sensation de fourmillement, de brûlure en regard des lésions suspectées et très différentes de la douleur parfois exprimées au contact des escarres. Un autre diagnostic à éliminer dans ce contexte est le zona (virus VZV) qui peut, de plus, coexister dans cette localisation. D'autres lésions le long des trajets des nerfs lombaires et sciatiques aux membres inférieurs, de topographie unilatérale sont attendues. Le diagnostic de laboratoire permet de confirmer ces lésions. Différentes techniques sont utilisées selon les centres hospitaliers: nous avons une longue expérience satisfaisante avec l'IFD (*Bio-Rad Laboratories, Pathfinder<sup>®</sup>, Direct antigen detection and differentiation system of HSV-1 and 2 types*) qui est rapide (60 min au laboratoire), sensible et donne simultanément le sous type de l'Herpès ainsi que la présence ou non de virus VZV. La biologie moléculaire par PCR est aussi de valeur et utilisée en première intention par d'autres équipes [8]. Nous réservons la culture virale en cas de suspicion d'herpès chronique ou de non-réponse clinique sous traitement par acyclovir, d'autant que la confirmation de laboratoire est plus longue minimum 2 jours et jusqu'à 8 jours.

La prise en charge thérapeutique de ces herpès, en situation palliative, nous paraît légitime au vu de ces exemples même si le suivi est aléatoire: 7/9 personnes sont en effet décédées quelques jours après la récurrence clinique de l'herpès. Notre série rétrospective est tout de fois trop petite pour conclure à un indice pronostique péjoratif de l'herpès comme observé chez des patients en soins intensifs [6]. Le traitement spécifique pour nos patients est motivé par son action antalgique rapide, l'obtention d'un contrôle des plaies en rapport et la non-diffusion environnementale du virus excrété. Ces lésions sont parfois très exsudatives, suintantes et propices à des surinfections bactériennes. Aussi les soins locaux visent l'antisepsie et l'assèchement en priorité. La polyvidone iodée en solution et/ou tulle pour recouvrir les lésions remplit ces 2 fonctions. Le Nitrate d'Argent peut être

également bénéfique. Le traitement systémique par acyclovir ou valacyclovir est discuté au cas par cas, mais est encouragé selon un schéma qui suit les recommandations internationales [9].

## Conclusion

Les manifestations herpétiques cutanées non génitales à HSV-2, de topographie lombo-sacrée, fessière sont

présentes chez les patients en soins palliatifs et immunodéprimés. Ces lésions peuvent être confondues ou associées avec une atteinte cutanée de type escarre et traitées uniquement comme telle. Un traitement inapproprié peut entraîner l'aggravation des lésions, des douleurs et un inconfort accru chez des patients déjà très fragiles. Notre observation va se poursuivre afin de détecter plus précocement ces herpès, d'améliorer les confirmations de laboratoire et de faciliter le traitement local et général.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Benedetti JK, Zeh J, Selke S, Corey L. Frequency and reactivation of non-genital lesions among patients with genital herpes Simplex virus. *Am J Med* 1995; 98: 237-42.
2. Solomon L, Cannon MJ, Reyes M, Graber JM, Wetherall NT, Reeves WC. Task Force on Herpes Simplex Virus Resistance. Epidemiology of recurrent herpes simplex virus type 1 and 2. *Sex Transm Infect* 2003; 79: 456-9.
3. Holland HK, Wingard JR, Saral R. Herpesvirus and enteric viral infections in Bone Marrow Transplantation clinical presentations, pathogenesis, and therapeutic strategies. *Cancer Invest* 1990; 8: 509-21.
4. Mackay J, Carter EL, Grossman ME. Recurrent lumbosacral herpes simplex in the bedridden hospitalised patient. *Cutis* 2001; 67: 19-20.
5. Bruynseels P, Jorens PG, Demey HE, Goossens H, Pattyn SR, Elseviers MM, Weyler J, Bossaert, LL, Mentens Y, Ieven M. Herpes simplex virus in the respiratory tract of critical care patients: A prospective study. *Lancet* 2003; 362: 1536-41.
6. Ong GM, Lowry K, Mahajan S, Wyatt DE, Simpson C, O'Neill HJ, McCaughey C, Coyle PV. Herpes Simplex type 1 shedding is associated with reduced hospital survival in patients receiving assisted ventilation in a tertiary referral intensive care unit. *J Med Virol* 2004; 72: 121-5.
7. Zhu J, Koelle DM, Cao J, Vazquez J, Huang ML, Hladik F, Wald A, Corey L. Virus specific CD8+ T cells accumulate near sensory nerve endings in genital skin during subclinical HSV-2 reactivation. *J Exp Med* 2007; 204: 595-603.
8. Stranska R, Schurman R, de Vos M, van Loon AM. Routine use of a highly automated and internally controlled real time PCR assay for the diagnosis of herpes simplex and varicella-zoster virus infections. *J Clin Virol* 2004; 30: 39-44.
9. <http://www.ihmf.org>