

Purpuras chez l'adulte et l'enfant

Connaissances pour la validation du 2^e cycle des études médicales

Rang	Rubrique	Intitulé
A	Définition	Savoir définir et reconnaître un purpura
A	Diagnostic positif	Savoir différencier un purpura vasculaire d'un purpura thrombopénique
A	Identifier une urgence	Apprécier la gravité d'un purpura
A	Identifier une urgence	Savoir évoquer le diagnostic de purpura fulminans
A	Diagnostic positif	Savoir effectuer un examen clinique chez un patient porteur d'un purpura
A	Diagnostic positif	Savoir prescrire les examens biologiques à effectuer en urgence devant un purpura
B	Diagnostic positif	Savoir prescrire les examens biologiques de première intention selon l'orientation diagnostique du purpura
A	Étiologies	Connaître les principales étiologies de purpura dont les causes infectieuses
A	Prise en charge	Connaître les mesures d'urgence devant un purpura

Pour la partie pédiatrie, consulter le référentiel du Collège de Pédiatrie

A

1 Bases pour comprendre

Extravasation de globules rouges dans le derme superficiel entraînant des taches rouges violacées **ne s'effaçant pas à la vitropression**. Il existe deux grands types de purpura : les purpura thrombopéniques et les purpura vasculaires.

Le purpura thrombopénique est pétéchial (lésions < 3 mm) et/ou ecchymotique, non infiltré. Le purpura vasculaire est pétéchial, infiltré, parfois nécrotique ou ecchymotique.

Tout purpura fébrile justifie une hospitalisation en urgence et la mise en place de précautions complémentaires gouttelettes jusqu'à l'élimination d'une contagiosité (méningocoque). La présence d'au moins un élément ecchymotique ≥ 3 mm et/ou nécrotique fait évoquer un purpura fulminans (P-215-1) et justifie l'administration pré-hospitalière en extrême urgence d'une première injection de céphalosporine de 3^e génération injectable.

P-215-1 : Purpura fulminans



Photo P. Taitévin - © CMT - Allinea Plus

Après avoir éliminé le purpura fulminans, on distingue purpura vasculaire et purpura thrombopénique. Le purpura thrombopénique d'origine infectieuse peut être d'origine centrale rarement, ou d'origine périphérique le plus souvent. On distingue sur le plan physiopathologique trois mécanismes de thrombopénie périphérique : destruction (le plus fréquent), consommation (CIVD), séquestration (hypersplénisme) (F-215-1).

A

2 Démarche diagnostique

1. EXAMEN CLINIQUE

Examen du purpura

- type : pétéchial, infiltré, ecchymotique, nécrotique,
- localisations : examen complet, cartographie, photos ou lésions entourées pour le suivi de l'évolution,
- localisation conjonctivale,
- bulles hémorragiques intrabuccales.

Signes de gravité

- présence d'au moins un élément ecchymotique ≥ 3 mm et/ou nécrotique,
- constantes vitales : au moins un signe de sepsis,
- syndrome méningé, signes neurologiques centraux,
- saignement extériorisé, bulles hémorragiques intrabuccales (thrombopénie sévère < 20 000/mm³, CIVD).

Terrain

- enfant (viroses éruptives),
- adolescent et adulte < 25 ans (méningocoque),
- immunodéprimé (tuberculose, leishmaniose viscérale...), splénectomisé (pneumocoque),
- valve cardiaque prothétique et/ou antécédent d'endocardite (endocardite).

Contexte de survenue

- installation brutale et progression rapide (purpura fulminans),
- notion de contagé (viroses, méningocoque),
- voyage récent : leptospirose, rickettsioses, méningocoque, fièvres hémorragiques virales, dengue, paludisme,
- baignades et/ou activités en eau douce : leptospirose
- prise ou introduction récente d'un médicament (purpura immuno-allergique),
- facteurs de risque sexuels : VIH.

Recherches de signes cliniques associés (examen clinique complet)

- syndrome méningé,
- souffle cardiaque,
- autres lésions cutanées : érythème, vésicules, escarre d'inoculation (rickettsioses),
- arthralgies, arthrites : méningocoque, parvovirus, hépatites,
- splénomégalie : EBV, endocardite, leishmaniose viscérale,
- adénopathies : EBV, CMV, VIH,
- syndrome grippal et retour récent (< 15 jours) de zone d'endémie : arboviroses, dengue notamment.

2. EXAMENS BIOLOGIQUES

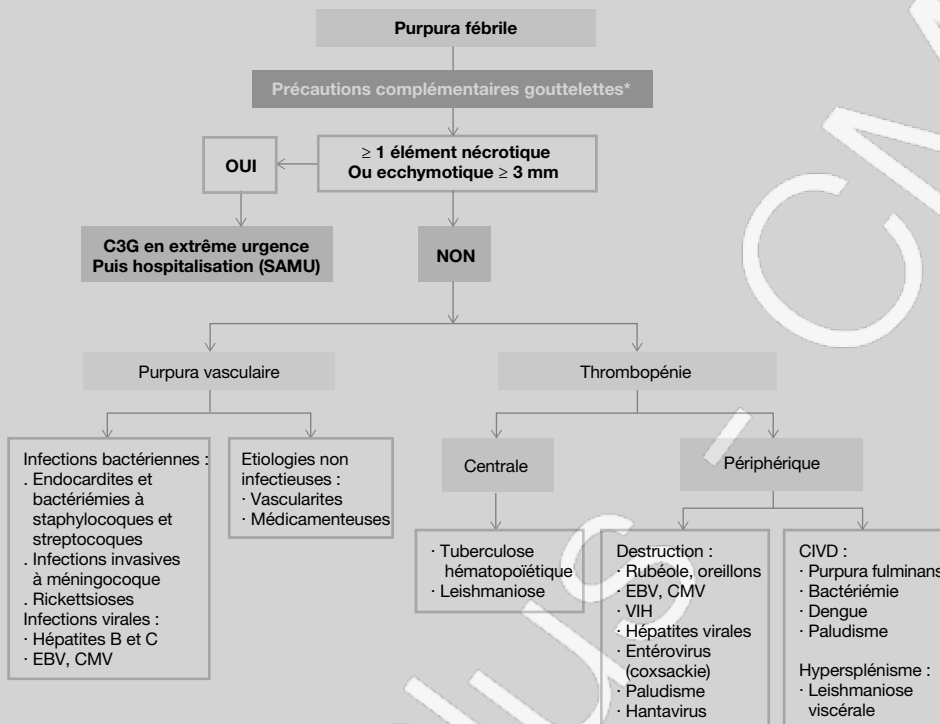
En urgence

- Numération formule sanguine (atteinte des autres lignées en faveur d'une origine centrale : tuberculose, leishmaniose, VIH) ;

A

A

F-215-1 : Principales étiologies infectieuses des purpuras



* Jusqu'à l'élimination d'une contagiosité (méningocoque).

A

- Numération plaquettaire : thrombopénie (voir étiologies des purpura thrombopéniques) ;
- TP, TCA, fibrinogène, D-dimères (CIVD) ;
- Recherche de schizocytes en cas d'anémie hémolytique associée : microangiopathies thrombotiques ;
- Bilan hépatique (cytolyse, hyperbilirubinémie) : hépatites virales, leptospirose et fièvres hémorragiques, dengue, paludisme ;
- Créatininémie ;
- Ionogramme sanguin ;
- Bandelette urinaire (hématurie, protéinurie) ;
- Hémocultures ;
- Frottis-goutte épaisse si retour de zone d'endémie palustre.

B

Selon orientation

- Biopsie de lésion purpurique (très rentable pour le diagnostic d'infection invasive à méningocoque, par culture et PCR) ;
- Ponction lombaire : si syndrome méningé, en l'absence de contre-indication (Cf. item 151).

Examens de deuxième intention

En fonction des données d'orientation obtenues par le bilan clinico-biologique de première ligne :

- Myélogramme et myélocultures : si atteinte des autres lignées, polyadénopathie (recherche d'une hémopathie), myéloculture à la recherche de leishmaniose et tuberculose ;
- Sérologies et/ou PCR selon le contexte :
 - VIH,
 - EBV,
 - CMV,
 - hépatites virales (si perturbations du bilan hépatique),
 - arbovirose si retour de zone d'endémie,
 - leptospirose et hantavirus si atteintes rénale et hépatique associées ;
- Échographie cardiaque si suspicion d'endocardite ;
- Diagnostics différentiels : vascularites et causes auto-immunes :
 - ANCA, anticorps anti-membrane basale glomérulaire,
 - anticorps anti-nucléaires et anticorps anti-ADN,
 - sérologie syphilis,
 - cryoglobulinémie,
 - complément.

B

© Alinea Plus - CMI