

Éruptions fébriles

Les trois principales causes d'éruption fébrile sont les infections (par ordre décroissant : virales, bactériennes, parasitaires et fongiques), les allergies médicamenteuses (toxidermies) et les maladies inflammatoires systémiques.

1. Évaluation initiale et recherche de signes de gravité

L'évaluation initiale doit rechercher sans délai :

- **des signes de gravité immédiate** : signes de [sepsis sévère ou de choc septique](#) nécessitant une prise en charge en soins intensifs et une antibiothérapie en urgences ; signe de Nikolsky (décollement épidermique apparaissant lors d'une pression en peau saine : photo 1) ou présence de bulles ;

Photo 1. Signe de Nikolsky



- **un tableau de purpura fulminans** : tout malade présentant des signes infectieux associés à un purpura ne s'effaçant pas à la vitro pression, et comportant au moins un élément nécrotique ou ecchymotique de diamètre supérieur ou égal à 3 millimètres, doit immédiatement recevoir une première dose d'un antibiotique (si possible par voie IV, à défaut par IM), quel que soit son état hémodynamique. L'antibiotique à administrer en urgence est la ceftriaxone (sinon cefotaxime ou amoxicilline) à la posologie de 1 g chez l'adulte et 50 mg/kg chez le nourrisson et l'enfant, sans dépasser 1 g (Référence : publication du 24 octobre 2014 de la DGS sur la prophylaxie des infections invasives à méningocoque).

Photo 2. Purpura fulminans (CFRMST)



- **une pathologie contagieuse** qui nécessite des mesures d'isolement spécifique adaptées au mode de transmission : précautions type « air » (ex : rougeole, varicelle), type « gouttelettes » (ex : méningocoque, rubéole) ou type « contact » (ex : fièvre hémorragique virale africaine). Pour tout patient suspect de [Fièvre Hémorragique Virale](#) africaine type Ebola, le patient doit être isolé en chambre seule et les précautions standard d'hygiène doivent être complétées avec les précautions complémentaires de type « air » et « contact » avec mesures de barrières renforcées, notamment port de gants systématique. Il faut aussi évaluer le risque de transmission sexuelle (ex : gonocoque, VIH, syphilis) ou materno-fœtale (ex : CMV, toxoplasmose, rubéole) et dépister les personnes exposées.

2. Interrogatoire

L'interrogatoire doit faire préciser :

- **l'histoire de la maladie** : date d'apparition de la fièvre, date d'apparition de l'éruption, signes cliniques associés, mode d'apparition (brutal ou progressif) ;
- **les expositions à risque** : prise médicamenteuse dans les 6 semaines, voyages récents, contexte épidémique, activités à risque (ex : bain en eau douce et risque de bilharziose), alimentation (ex : consommation de viande non cuite et risque de trichinellose), relation sexuelle non protégée (VIH, syphilis, gonocoque), notion de contact avec des personnes malades, contact avec des animaux ;
- **les antécédents médicaux** : immunodépression, pathologie valvulaire, antécédents infectieux et allergiques, vaccinations (rougeole, rubéole, VZV).

3. Étiologie selon le type de lésion élémentaire

L'examen clinique doit préciser la lésion élémentaire, la distribution de l'éruption, son évolution, l'existence d'intervalles de peau saine, la présence d'une atteinte muqueuse (éнанthème), d'une atteinte des phanères, d'un prurit. L'examen clinique doit aussi rechercher la présence de signes généraux, d'adénopathies, d'une hépato-splénomégalie, d'arthrites, de signes neurologiques. Une liste non exhaustive d'étiologies à évoquer selon le type de lésion élémentaire est rapportée dans le tableau 1.

Tableau 1. Étiologies des éruptions fébriles selon la lésion élémentaire

Agents infectieux Maladie	Macules, papules	Vésicules, bulles, pustules	Pétéchies, purpura
Infections virales			
Arboviroses et fièvre hémorragiques virales	X	X (chikungunya)	X (dengue)
Enterovirus (echovirus, coxsackievirus)	X	X	X
Exanthème subit (HHV6)	X		
Herpès disséminé		X	
Hépatites virales A et B	X		
Mégalérythème épidémique (Parvovirus B19)	X		
Poxviroses : Monkeypox, variole, <i>eczema vaccinatum</i>	X	X	
Primo-infection EBV	X		X
Primo-infection VIH	X		
Rougeole, rubéole	X		
Varicelle et zona disséminé		X	
Infections bactériennes			
Angiomatose bacillaire (<i>Bartonella quintana</i> et <i>B. henselae</i>) (SIDA)	X		
<i>Capnocytophaga canimorsus</i> (après morsure animale)	X		X
Endocardite	X		X
Épidermolyse staphylococcique aiguë	X	X	
Haverhilliose (morsure de rat ; <i>Streptobacillus moniliformis</i>)	X		
Infections invasives à méningocoque	X		X
Gonococcémie	X	X (pustules)	X
Leptospirose	X		
Rickettsioses	X	X (<i>R. africae</i>)	X
Scarlatine	X		
Sodoku (morsure de rat ; <i>Spirillum minus</i>)	X		X
Syphilis secondaire	X		
Choc toxique staphylococcique ou streptococcique (TSS)	X		
Typhoïde (<i>Salmonella typhi</i>)	X		
<i>Vibrio vulnificus</i>		X (bulles hémorragiques)	

Tableau 1. Étiologies des éruptions fébriles selon la lésion élémentaire

Agents infectieux Maladie	Macules, papules	Vésicules, bulles, pustules	Pétéchies, purpura
Infections parasitaires			
Helminthoses invasives	X		
Trichinellose	X		
Trypanosomose africaine (trypanides)	X		
Toxoplasmose aiguë	X		
Infections fongiques			
Candidose cutané-systémique	X	X (pustules)	
Cryptococcose disséminée	X	X (pustules)	
Histoplasmosse disséminée	X	X (pustules)	
Causes non infectieuses			
Toxidermies	X	X (toxidermies sévères, PEAG*)	X
Vascularites	X		X

* PEAG : pustulose exanthématique aiguë généralisée

NB : l'ordre d'apparition des pathologies est alphabétique et ne tient pas compte de l'incidence de chaque pathologie qui peut varier d'une région à l'autre.

3.1. Les exanthèmes maculo-papuleux

Les macules sont des lésions cutanées planes non palpables ; les papules sont des lésions cutanées palpables, surélevées par rapport au plan de la peau (photo 3). Les exanthèmes maculopapuleux orientent en premier lieu vers une étiologie infectieuse (le plus souvent virale) ou médicamenteuse. Les principaux caractères distinctifs entre une étiologie virale et médicamenteuse sont rapportés dans le tableau 2.

Photo 3. Éruption maculo-papuleuse morbilliforme



Parmi les étiologies bactériennes, les [rickettsioses](#) sont une cause fréquente d'exanthèmes fébriles. L'éruption est le plus souvent maculopapuleuse mais une éruption vésiculeuse peut être observée avec *Rickettsia africae*. La notion de séjour en Afrique sub-saharienne et la mise en évidence d'une escarre d'inoculation sont des arguments en faveur du diagnostic.

Au cours des infections parasitaires, des éruptions prurigineuses, dont l'urticaire, peuvent être observées avec les helminthoses à la phase invasive de [migration tissulaire](#) (bilharziose, anguillulose, trichinellose...). Une hyperéosinophilie est présente lors des phases de migration tissulaire. Pour la [trypanosomose africaine](#) en phase lymphatico-sanguine les signes cutanés caractéristiques sont le trypanome (lésion d'inoculation, lésion papuleuse érythémateuse évoluant vers une ulcération) et les trypanides (placards érythémateux polycycliques du tronc et de la racine des membres).

Les exanthèmes fébriles d'origine fongique sont observés chez des patients immunodéprimés et sont associés à des atteintes viscérales. Au cours de la cryptococcose, de la talaromycose et de l'histoplasmosse, on peut observer des lésions papuleuses ou nodulaires avec une ombilication centrale, ressemblant à des lésions de *molluscum contagiosum*, et une évolution ulcéro-croûteuse et nécrotique. Les candidoses cutané-systémiques peuvent s'observer chez les patients en aplasie et chez les toxicomanes intra-veineux (folliculites).

Une étiologie médicamenteuse doit systématiquement être évoquée devant un exanthème maculo-papuleux et une prise médicamenteuse dans les 3 semaines précédentes (jusqu'à 6 semaines pour les syndromes d'hypersensibilité). Les signes de gravité cliniques suivants doivent être recherchés systématiquement : altération de l'état général, étendue des lésions cutanées, survenue de lésions muqueuses, décollement cutané avec signe de Nikolsky. On recherchera aussi une hyperéosinophilie, une insuffisance rénale, une cytolysé hépatique. Dans ce contexte, un avis dermatologique doit être demandé sans délai dans l'hypothèse d'une toxidermie grave avec mise en jeu du pronostic vital (syndromes de Stevens-Johnson ou de Lyell : photo 4 ; DRESS : Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms).



Pour finir, il faut aussi savoir évoquer une dermatose inflammatoire comme une maladie de Still, un lupus, une dermatose neutrophilique (syndrome de Sweet) ou une dermatomyosite.

Tableau 2. Éléments en faveur d'une étiologie virale ou médicamenteuse

Exanthèmes fébriles maculo-papuleux	Contexte épidémiologique	Signes cliniques	Biologie
Étiologie virale	Notion de contagé, épidémie, jeune âge et absence de vaccination	Enanthème, signes généraux, prodromes d'allure grippale (arthralgies, myalgies, céphalées), signes ORL, respiratoires ou digestifs associés	Lymphopénie, syndrome mononucléosique, thrombopénie, élévation modérée de la CRP
Étiologie médicamenteuse	Prise médicamenteuse (nouvelle ou réintroduction)	Absence d'énanthème et de fièvre dans les formes non graves	Hyperéosinophilie

3.2. Les éruptions vésiculeuses, pustuleuses ou bulleuses

La vésicule se caractérise par une élévation circonscrite de la peau contenant un liquide clair (photo 5), contrairement à la pustule qui contient un exsudat purulent (photo 6). La bulle est une lésion de diamètre supérieur à 5 mm. Les causes infectieuses sont avant tout virales. Parmi les [arboviroses](#), il faut noter la survenue possible d'une éruption vésiculo-bulleuse au cours du chikungunya, en particulier chez l'enfant. Les causes bactériennes sont plus rares : lésions pustuleuses au cours d'une gonococcémie (avec présence de lésions purpuriques et ténosynovites), bulles hémorragiques lors des infections à *Vibrio vulnificus* (après ingestion de fruit de mer ou contamination d'une plaie par de l'eau de mer), lésions vésiculeuses lors des rickettieses à *Rickettsia africae*, bulles à toit fripé associé à des décollements étendus dans l'épidermolyse staphylococcique aiguë.

Photo 5. Éruption vésiculeuse de la varicelle



Photo 6. Éruption pustuleuse du monkey pox



3.3. Les éruptions purpuriques

Les lésions purpuriques sont dues à du sang extravasé dans le derme ; elles ne s'effacent pas à la vitropression. Le purpura est dit pétéchial (éléments punctiformes et lenticulaires) ecchymotique (nappes de larges dimensions, à contour géographique), ou nécrotique de couleur rouge pourpre secondairement brunâtre (photo 2).

La numération des plaquettes est toujours nécessaire afin d'identifier un purpura thrombopénique. Tout purpura fébrile et comportant au moins un élément nécrotique ou ecchymotique de diamètre supérieur ou égal à 3 mm doit faire évoquer un purpura fulminans.

Les purpura sont d'origine vasculaire, inconstamment fébriles et prédominent aux membres inférieurs : purpura rhumatoïde, dysglobulinémies, vascularites...

3.4. Erythèmes diffus

Une éruption érythémateuse diffuse, en nappe sans intervalle de peau saine, fébrile doit faire évoquer le diagnostic d'arboviroses (photo 7), de choc toxique staphylococcique ou streptococcique, une épidermolyse staphylococcique aiguë (SSSS pour Staphylococcal Scaled Skin Syndrome), une scarlatine, une toxidermie grave (syndrome de Stevens Johnson ou syndrome de Lyell), ou un syndrome de Kawasaki.

Photo 7. Érythème diffus dengue-like



3.5. Érythèmes noueux (tableau 3 et photo 8)

Tableau 3. Sémiologie et principales causes des érythèmes noueux

<ul style="list-style-type: none">- Nodosités érythémateuses dermo-hypodermiques, douloureuses, de taille variable- Siégeant surtout au niveau des membres (face d'extension ++)- Évoluant comme des ecchymoses, en plusieurs poussées ; association fréquente à des arthralgies/arthrites- Durant au moins 15 jours, ne suppurant pas, disparaissant sans séquelles			
Infections	Maladies inflammatoires	Médicaments	Divers
Primo-infection tuberculeuse Streptococcies Yersiniose Réaction lépromateuse Bartonellose Mycobactéries atypiques Chlamydioses Histoplasmoses	Sarcoïdose Behçet Crohn, RCH Lupus	Sulfamides β-lactamines Salicylés Thiazidiques Œstro-progestatifs	Leucémie lymphoïde Lymphome



4. Bilan paraclinique

Le bilan doit être adapté au contexte épidémiologique et à la présentation clinique. S'il est difficile d'établir un bilan type, on peut proposer les examens suivants en l'absence d'orientation étiologique évidente :

- **numération formule sanguine** : la lymphopénie et la thrombopénie sont en faveur d'une origine virale ; l'hyperéosinophilie en faveur d'une helminthose en phase d'invasion ou d'une allergie médicamenteuse. Le syndrome mononucléosique doit faire évoquer une primo-infection à EBV, VIH, CMV, HHV-6, plus rarement à toxoplasme ;
- **hémocultures** répétées ;
- **prélèvements cutanés** : prélèvements pour analyses bactériologiques, virologiques ou fongiques selon la présentation. Recherche de tréponèmes au microscope à fond noir si éruption associée à un chancre syphilitique. L'écouvillonnage des plaies pour réalisation d'une culture bactériologique standard ne doit pas être systématique ;
- **biopsie cutanée** : chez le patient immunodéprimé, la présentation clinique et l'agent infectieux responsable peuvent être atypiques. La biopsie doit être adressée aux différents laboratoires pour analyse histologique avec colorations spécifiques et pour identification microbiologique avec recherche de champignons, bactéries et mycobactéries ;
- **sérologies orientées par le contexte** géographique et épidémique : arboviroses (diagnostic par PCR dans la première semaine des symptômes) ; viroses du groupe *Herpesviridae* ; rougeole, rubéole chez le sujet non vacciné ; VIH et sérologie syphilis (TPHA-VDRL) à discuter systématiquement ; ASLO si suspicion d'infection streptococcique ;
- **bilan parasitologique** : l'examen parasitologique des selles (EPS) n'est pas contributif à la phase invasive d'une helminthose. En cas de forte suspicion, les sérologies parasitaires négatives devront être re-prescrites à distance afin de mettre en évidence une séroconversion.

5. Prise en charge thérapeutique

Selon le contexte et la pathologie suspectée, les mesures suivantes peuvent être recommandées :

- perfusion pour expansion volémique associées aux mesures de réanimation si signes de sepsis et hydratation si décollements cutanés ;
- **traitement antibiotique** sans attendre le résultat des examens complémentaires, si suspicion d'infection bactérienne : céphalosporine de 3^e génération par voie IV si purpura fébrile, doxycycline si suspicion de rickettsiose, antibiothérapie active contre les streptocoques et staphylocoques si suspicion d'infection systémique à ces bactéries. Arrêt d'un (des) médicament(s) suspect(s) si une toxidermie est évoquée ;
- **corticothérapie par voie générale** à discuter dans certaines indications parasitaires (bilharziose à la phase invasive, trichinellose) ou corticothérapie locale au cours d'une allergie médicamenteuse après avis dermatologique ;
- **mesures associées** : isolement en cas de pathologie contagieuse, éviction scolaire et précaution vis à vis des femmes enceintes non immunisées (ex : varicelle, rougeole, rubéole), contre-indication définitive à un médicament en cas de toxidermie sévère.