

Exanthèmes fébriles de l'enfant IC-164

- Exanthèmes fébriles de l'enfant : type d'éruption
 - Exanthèmes fébriles de l'enfant : évaluation de la gravité
 - Exanthèmes fébriles de l'enfant : orientation diagnostique
 - Maladies infectieuses éruptives : rougeole
 - Maladies infectieuses éruptives : rubéole
 - Maladies infectieuses éruptives : mégalérythème épidémique
 - Maladies infectieuses éruptives : exanthème subit
 - Maladies infectieuses éruptives : mononucléose infectieuse
 - Maladies infectieuses éruptives : scarlatine
 - Maladies infectieuses éruptives : maladie de Kawasaki
 - Maladies infectieuses éruptives : varicelle
-

Exanthèmes fébriles de l'enfant : type d'éruption OIC-164-01-A

Un exanthème est une éruption cutanée aiguë et transitoire

La classification d'un exanthème repose sur la caractérisation de la lésion élémentaire : macule, papule, vésicule, pustule. On distingue ainsi les exanthèmes vésiculo-pustuleux (varicelle par exemple) des exanthèmes érythémateux (rougeur dû à une vasodilatation cutanée). (voir fiche 114)

Il y a deux types cliniques d'exanthèmes érythémateux :

- les exanthèmes maculeux sans intervalle de peau saine (encore appelés scarlatiniformes) comme au cours de la scarlatine
 - les exanthèmes maculo-papuleux avec intervalles de peau saine (encore appelés morbilliformes) comme au cours de la rougeole.
-

Exanthèmes fébriles de l'enfant : évaluation de la gravité OIC-164-02-A

L'urgence peut être reliée à la présentation clinique, au terrain (fragilité de l'hôte) ou au contexte épidémiologique (contagion importante de la rougeole) (Éruptions chez l'enfant SD-037):

Urgence vitale immédiate:

- **purpura fulminans** (purpura extensif et/ou nécrotique et/ou 1 élément de plus de 3 mm + défaillance hémodynamique)(Purpuras chez l'adulte et l'enfant, Sepsis et choc septique de l'enfant et de l'adulte, Purpura/ecchymose/hématome SD-089)

- **fasciite nécrosante** : éruption rapidement extensive avec nécrose profonde et tableau associé de choc septique, traitement chirurgical en urgence + antibiothérapie. Lié à des SGA particulièrement virulent. La varicelle est un facteur favorisant.

Urgences infectieuses

- **syndrome toxinique** (lié à une toxine (TSST) de *Staphylococcus aureus* ou à une toxine érythrogène de Streptocoque du Groupe A): **syndrome de choc toxique** staphylococcique ou streptococcique associant un exanthème érythémateux et une défaillance hémodynamique (Toxidermies, Sepsis et choc septique de l'enfant et de l'adulte), lié à une libération de toxine à partir d'un foyer bactérien qui peut être le plus souvent chez l'enfant pulmonaire (SGA), cutané ou vaginal (menstruel lié au SA)

- **dermo-hypodermite** (item 155): érythème localisé, douloureux accompagné de signes généraux pouvant aller jusqu'au sepsis

Urgences "allergiques"

Réaction d'hypersensibilité médicamenteuse sévère **DRESS** (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) (Toxidermies)

Urgences "dermatologiques"

Epidermolyses staphylococciques (lié à l'exfoliatine du Staphylocoque doré), **nécrolyses épidermiques** toxiques (syndromes de Stevens-Johnson et de Lyell dont la cause est principalement médicamenteuse avec un décollement cutané (épiderme) +/- atteintes muqueuses (même risque que les grands brûlés avec augmentation des pertes insensibles, douleur importante) (Dermatose bulleuse touchant la peau et/ou les muqueuses externes, Bulles, éruption bulleuse SD-082, Anomalies des muqueuses SD-091), et **érythème polymorphe majeur** dont la cause est principalement infectieuse (Herpès simplex et *Mycoplasma pneumoniae*) avec des lésions typiques en cocarde (dont le centre peut être bulleux) et une atteinte muqueuse (qui signe le caractère "majeur" de l'érythème polymorphe) qui en fait sa sévérité (douleur, prise orale impossible, atteinte ophtalmologique)



Urgences "inflammatoires"

Maladie de Kawasaki (Maladies infectieuses éruptives : maladie de Kawasaki 2C-164-ET-A07)

Exanthèmes fébriles de l'enfant : orientation diagnostique OIC-164-03-A

Éruptions chez l'enfant SD-037

Le guide "maladies éruptives, purpura et dermite de l'enfant"^[1] fait par le Dr Girodias, pédiatre à l'hôpital Sainte Justine à Montréal est une ressource intéressante pour vous aider à retenir les étiologies des éruptions fébriles (identifiées en rouge sur la 2ème diapo) avec leurs caractéristiques épidémiologiques et cliniques

1/ RECHERCHER UNE URGENCE (Exanthèmes fébriles de l'enfant : évaluation de la gravité 2C-164-IU-A01)

Défaillance hémodynamique : purpura fulminans, fasciite nécrosante, syndrome de choc toxique

Ulcérations muqueuses +/- décollements épidermiques: syndrome de Stevens Johnson, Lyell, érythème polymorphe majeur, épidermolyse

Erythème, oedème de la face, adénopathies, altération état général, atteinte multiviscérale (+ hyperéosinophilie) : DRESS

Fièvre \geq 5 jours + adénopathies cervicales + atteinte muqueuse (conjonctivite, glossite) + pharyngite + œdèmes extrémités : Kawasaki (tableau plus ou moins complet)

Erythème localisé infiltré chaud et douloureux : dermo-hypodermite bactérienne, fasciite nécrosante

2/ Caractériser l'éruption (cf Exanthèmes fébriles de l'enfant : type d'éruption)

Type de lésion élémentaire mais également chronologie d'apparition par rapport à la fièvre, localisation et évolution des lésions

Exanthème maculeux sans intervalle de peau saine (scarlatinifome) : scarlatine, choc toxique staphylococcique, Epidermolyse staphylococcique

Exanthème maculo-papuleux (morbilliforme) : rougeole, rubéole, Parvovirus B19, roséole (HHV6), entérovirus/paréchovirus, Gianotti Crosti (acrodermatite papuleuse infantile), exanthème latéro-thoracique, MNI

Exanthème vésiculo-éruptif : varicelle, herpès (primo-infection avec stomatite sinon non fébrile), coxsackie (Syndrome Pied Main Bouche)

Exanthème aspécifique : viral, maladie de système

3/ Rechercher les éléments anamnestiques associés

Antécédents : immunosuppression, comorbidités

Contage (collectivité), vaccinations

Prise de médicaments (date précises par rapport au début des signes)

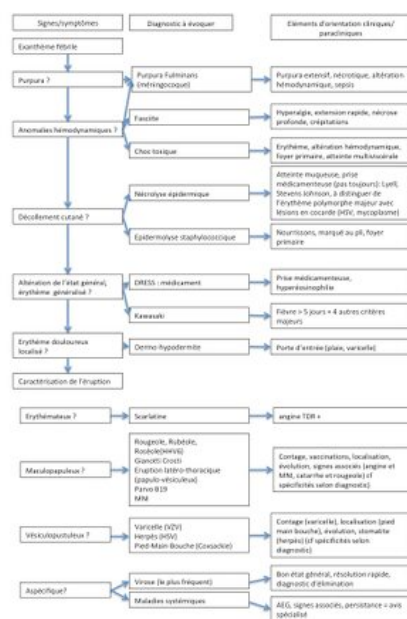
4/ Rechercher les éléments cliniques associés

Signes respiratoires : rougeole, virose aspécifique

Angine : scarlatine, MNI

5/ Confirmation diagnostique

Certains diagnostics reposent sur la clinique et ne justifient pas d'examen complémentaire en l'absence de situation à risque (par exemple : varicelle, mégalérythème épidémique, exanthème subit) d'autres comme la maladie de Kawasaki ou le syndrome de choc toxique reposent sur un faisceau d'arguments clinico-biologique, d'autres (MNI, rougeole) reposent sur la microbiologie (PCR salive et/ou sang (selon le virus) ou sérologies avec mise en évidence d'IgM)



1. Maladies éruptives, purpura et dermite de l'enfant, <http://www.urgencehsj.ca/wp-content/uploads/EruptionsPurpuras.pdf>

Maladies infectieuses éruptives : rougeole OIC-164-04-A

Epidémiologie :

- le virus de la rougeole est un virus à ARN, appartenant à la famille des *Paramyxoviridae* et au genre *Morbillivirus*
- transmission interhumaine, par voie aérienne (aérosol) **très forte contagiosité** ($R_0 = 15$ à 20 , ce qui signifie qu'une personne infectée peut être responsables de 15 à 20 cas secondaires)
- **cause majeure de mortalité infantile dans le Monde** (décès rare dans les pays à hauts revenus)
- **recrudescences épidémiques régulières en France** (cf santé publique)

Prévention:

- **prévention vaccinale** par la vaccination ROR: obligatoire chez les moins de 2 ans (12 et 16-18 mois) puis rattrapage si non immuns ou vaccination incomplète chez les sujets nés après 1980 (2 doses) (cf vaccination)
- autour d'un cas (cf plus bas)
- **évacuation collectivité** : 5 jours après début de l'éruption
- **déclaration obligatoire**

Caractéristiques cliniques

- incubation 10-12 jours

- Contagiosité : 5 jours avant jusqu'à 5 jours après l'éruption (important ++ pour enquête autour d'un cas)
- en 2 phases
- o invasion (précédant éruption de 2 à 4 jours) : fièvre, **catarrhe** oculorespiratoire (**TOUX++**), **Koplik** (inconstant)
- o éruptive (5-6 jours) : éruption **maculopapuleuse** avec **intervalle de peau saine**, extension de "**haut en bas**" (début derrière oreille puis visage puis reste du corps)



Complications

Liées au virus

- **pneumonie virale**
- **encéphalite aiguë précoce**
- **encéphalite tardive** (jusqu'à 10 ans après rougeole) = panencéphalite sclérosante subaiguë de Van Bogaert

Liées à une surinfection bactérienne (!!! persistance ou réapparition de la fièvre)

- otite moyenne aiguë
- pneumonie bactérienne

!!! : Risque de complication majoré avant 1 an

Signes de gravité

liés à l'infection

- respiratoire (détresse respiratoire sur atteinte pulmonaire)
- neurologique (troubles de conscience, convulsions, liés à l'encéphalite)

liés au retentissement (risque de déshydratation chez le nourrisson)

Traitement

Symptomatique

Antibiotique si surinfection bactérienne

CAT autour d'un cas

Adultes : vérification du statut : maladie ou vaccin, vaccination dans les 3 jours si non immun ou vaccination incomplète selon les recommandations (2 doses si né après 1980 ou si personnel de santé ou de la petite enfance quelle que soit la date de naissance) (cf vaccination)

Femme enceinte ou immunosupprimé : contre-indication de la vaccination, Immunoglobulines polyvalentes IV (200 mg/kg) si non immun, sérologie en urgence si doute

Enfant

- < 6 mois :

si mère immune : rien (nourrisson protégé par anticorps maternels, donc ni vaccin ni IVIG)

si mère non immune : IVIG dans les 6 jours après le contact (puis délai de 9 mois avant de commencer la vaccination)

- de 6 à 11 mois :

si vu dans les 3 jours: vaccination (mais attention ne compte pas dans le calendrier donc refaire doses selon le calendrier à 12 et 16-18 mois)

si vu après 3 jours et avant 6 jours : IVIG (puis délai de 9 mois avant de commencer la vaccination)

- 12 mois et plus : mise à jour du calendrier vaccinal selon les recommandations (Vaccinations)

Maladies infectieuses éruptives : rubéole OIC-164-05-A

Epidémiologie :

- le virus de la rubéole est un virus à ARN, il appartient à la famille des *Togaviridae* et au genre *Rubivirus*
- transmission interhumaine par voie respiratoire (ou transplacentaire)
- **infection le plus souvent bénigne** (50% asymptomatique) mais potentiellement **sévère en cours de grossesse** (< 18SA) du fait d'un risque de foetopathie

Prévention :

- **prévention vaccinale** par la vaccination ROR (cf vaccination) : obligatoire chez les moins de 2 ans (deux doses : 12 mois puis 16-18 mois), rattrapage si non immuns ou vaccination incomplète notamment les femmes en âge de procréer en dehors de la grossesse (cf vaccination)
- **déclaration obligatoire**
- pas d'éviction de collectivité
- éviter le contact avec les femmes enceintes non immunes

Caractéristiques cliniques

- incubation 15-20 jours
- contagiosité : 7 jours avant 14 jours après éruption
- 2 phases
 - pré éruptive (invasion) : fièvre et signes généraux aspécifiques
 - éruptive: exanthème **maculo papuleuse avec intervalles de peau saine**, plus **pâle** que l'éruption de la rougeole, suivant la même cinétique (tête au pied), fugace, disparaît en 3 jours. S'accompagne d'une fièvre modérée et d'adénopathies inconstantes notamment rétro-auriculaires et cervicales postérieures.

Les complications sont rares à type de thrombopénie, d'atteintes articulaires (rares chez l'enfant) ou plus rarement neurologiques

Le traitement est symptomatique

Risque en cours de grossesse/Foetopathie/Rubéole congénitale

Le passage transplacentaire du virus lors des **premiers mois de grossesse (avant 18 SA)** est responsable d'un risque de décès in utero ou de malformations congénitales d'autant plus élevé que la grossesse est débutante (70% à 100% de risque si primo infection avant 11 SA, jusqu'à 80% entre 12 et 18 SA)

La virémie au cours de l'embryogénèse peut être responsable d'une atteinte du système nerveux central et/ou de l'oreille interne et/ou de l'oeil et/ou de l'appareil cardiovasculaire.

La **rubéole congénitale** peut donc se traduire par un **retard de croissance**, une atteinte **sensorielle** (surdité, atteinte oculaire), une atteinte **neurologique** (retard de développement, microcéphalie) ou encore des malformations **cardiaques (Examen du nouveau-né à terme SD-039)**

Maladies infectieuses éruptives : mégalérythème épidémique OIC-164-06-A

Epidémiologie:

- **Parvovirus B19**, virus à ADN, appartient à la famille des Parvoviridae
- transmission interhumaine par voie respiratoire (salive, gouttelettes) (ou transplacentaire)
- infection très fréquente de l'enfance en général à l'âge scolaire, 40 à 80% des adultes sont immuns

Caractéristiques cliniques

- incubation de 6 à 18 jours
- En 2 phases
 - pré-éruptive (invasion) : fièvre peu élevée et signes généraux aspécifiques, courte (48h-72h)
 - éruption : apparition d'une **éruption maculopapuleuse** débutant aux **joues** (joues très rouges et infiltrées) puis atteinte du tronc et des membres avec un aspect en **arabesque** (érythème réticulé) qui peut persister de façon variable jusqu'à 3 semaines. Une fièvre peu élevée peut être contemporaine de l'éruption.



D'autres formes éruptives comme le syndrome "socks and gloves" (gants et chaussettes), l'érythème polymorphe ou plus rarement livedo ou érythème noueux.

Une atteinte articulaire à type d'arthralgies ou d'arthrite peut accompagner l'éruption, elle est plus fréquente chez l'adulte.

Complications/ Risque pour la femme enceinte

L'infection des précurseurs érythroblastiques par le virus peut entraîner des **complications hématologiques chez le fœtus** (anasarque, mort in utero) et les **enfants avec une maladie du globule rouge sous jacente** (anémie hémolytique chronique aggravée avec érythroblastopénie).

Maladies infectieuses éruptives : exanthème subit OIC-164-07-A

Epidémiologie

- virus **HHV6** (Famille *Herpesviridae*, sous-famille *bêta-herpesvirinae*, genre *roseolovirus*)
- transmission interhumaine par voie respiratoire (salive, gouttelettes)
- primo infection dans la petite enfance puis latence à vie avec possible réactivation potentiellement sévère chez les immunodéprimés (Herpès virus)

Caractéristiques cliniques (primo infection)

- incubation 5 à 15 jours
- souvent asymptomatique
- forme symptomatique (roséole): 2 phases
 - pré-éruptive (invasion): fièvre élevée avec signes généraux durant 1 à 6 jours (en moyenne 3 jours)
 - éruptive: **exanthème maculopapuleux**, rose **pâle**, face et tronc, **fugace**, 24 heures. La **fièvre disparaît avec l'éruption** (argument diagnostique)

Le traitement est symptomatique

Les complications sont rares (neurologiques)

Maladies infectieuses éruptives : mononucléose infectieuse OIC-164-08-A

Epidémiologie/physiopathologie/évolution naturelle

- le virus Epstein-Barr (EBV) est le plus souvent en cause (traité ici) mais la MNI peut également être associée au CMV, au VIH ou à la toxoplasmose (cf syndrome mononucléotique)
- l'EBV appartient à la famille des *Herpesviridae*, sous-famille *gamma-herpesvirinae*, genre *lymphocryptovirus*
- transmission interhumaine par voie respiratoire (salive)
- L'âge de prédilection de la primo infection est l'**adolescence** mais elle peut s'observer chez le plus jeune enfant (fièvre aiguë ou prolongée (Hyperthermie/fièvre SD-044, Fièvre prolongée) ou chez l'adulte
- 80 -90% des adultes immunisés (en France et dans les pays riches)
- possibilité de réactivation asymptomatique chez l'immunocompétent, symptomatique chez l'immunodéprimé (greffe)

Caractéristiques cliniques

- incubation 4 à 6 semaines
- contagiosité prolongée après l'infection (excrétion salivaire)

- **Le tableau clinique typique** associe une **fièvre** d'intensité variable et qui peut être prolongée, une **asthénie** importante, une **angine pseudomembraneuse** (Angines de l'adulte et de l'enfant et rhinopharyngites de l'enfant, Odynophagie/dysphagie SD-052), des **polyadénopathies** cervicales (Adénopathie superficielle de l'adulte et de l'enfant, Adénopathies unique ou multiples SD-016) mais les autres territoires peuvent être atteints avec également fréquemment une **splénomégalie**.

L'éruption est inconstante, maculopapuleuse, favorisée par la prise d'ampicilline. Un œdème du visage peut être présent

D'autres signes et symptômes peuvent être associés comme l'hépatomégalie et l'hépatalgie, plus rarement ictère.

L'infection à EBV peut aussi se présenter sous la forme d'une fièvre prolongée notamment chez le jeune enfant.

La durée des symptômes est variable, une asthénie marquée peu persister chez l'adolescent.

Sur le plan biologique

Syndrome mononucléosique (Anomalie leucocytes SD-216), parfois thrombopénie

Cytolyse hépatique fréquente

Le diagnostic repose sur la **sérologie** et la présence d'IgM anti VCA sans IgG anti EBNA

Complications/signes de gravité

- Obstructives ORL: liées à l'hypertrophie amygdalienne et des végétations adénoïdes, et surinfection rare mais possible : sinus, oreille moyenne, cavum,
- Complications plus rares : cardiaques (myocardite et péricardite), hématologiques (anémie hémolytique, thrombopénie auto-immune), neurologiques (méningite lymphocytaire, méningo encéphalite),
- Chez l'immunodéprimé : syndrome lymphoprolifératif
- Chez le sujet prédisposé (syndrome de Purtilo) : syndrome d'activation monocytemacrophagique
- L'EBV est également un facteur de risque de lymphome de Burkitt

Diagnostics différentiels

- Autres infections
- Bactérienne : Scarlatine (angine érythémato-pultacée), exceptionnelle diphtérie (angine pseudomembraneuse extensive)
 - Virale : CMV (pas d'angine), primo-infection VIH (attention chez ado),
 - Parasitaire : toxoplasmose (adénopathies cervicales, parfois signes généraux)
- Toxidermie médicamenteuse (notamment DRESS)
- Lymphome (polyadénopathies)
- Maladie de Kawasaki

Maladies infectieuses éruptives : scarlatine OIC-164-09-A

Epidémiologie :

- la scarlatine est liée à la **toxine érythrogène du Streptocoque du groupe A** (SGA = *Streptococcus pyogenes*)
- prépondérance chez l'enfant de 5 à 10 ans, survient plus souvent l'hiver
- transmission interhumaine, par voie respiratoire (sécrétions oropharyngées, gouttelettes)
- il existe plusieurs types de SGA produisant différents types de toxine érythrogène, il est donc théoriquement possible de faire plusieurs scarlatines
- 80% des adultes sont immunisés contre différents types toxiques

Prévention :

- **Eviction de la collectivité** jusqu'à 48h après le début de l'antibiothérapie
- Antibio-prophylaxie orale chez les sujets à risque d'infection invasive (cf avis HCSP concernant les infections invasives à SGA https://www.hcsp.fr/docspdf/cshpf/a_mt_181105_streptococcus.pdf)

(NB : la scarlatine n'est pas une infection invasive à SGA mais justifie une antibio-prophylaxie chez les sujets à risque)

Caractéristiques cliniques

2 phases :

- pré-éruptive (invasion): fièvre élevée, signes généraux marqués, **angine érythémateuse** ou érythématopultacée avec un test de diagnostic rapide positif et adénopathies cervicales précédant l'éruption d'environ 24h (Angines de l'adulte et de l'enfant et rhinopharyngites de l'enfant, Odynophagie/dysphagie SD-052)

- éruptive (6 jours): **érythème diffus**, confluent **sans intervalle de peau saine** avec un aspect "**granité**" au toucher, érythème plus marqué au niveau des **plis de flexion (axillaire et inguinaux)**, régression avec une **desquamation** en larges lambeaux (doigts de gants). L'érythème s'accompagne d'une atteinte muqueuse (évanthème) avec une **glossite exfoliatrice** (langue initialement saburrale, puis décapillée (V-lingual), puis framboisée) et de l'angine



Complications et orientation

Les complications sont les mêmes que celle de l'angine à SGA : complications loco régionales (rares), complications post infectieuses (glomérulonéphrite aiguë et rhumatisme articulaire aigu), quasi disparues en France et dans les pays à hauts revenus

Le traitement est le même que celui de l'angine à SGA : antibiothérapie par amoxicilline 6 jours, traitement symptomatique antalgique en évitant les AINS + mesures préventives (cf plus haut)

Maladies infectieuses éruptives : maladie de Kawasaki OIC-164-10-A

Epidémiologie/physiopathologie

- vascularite des moyens vaisseaux dont la physiopathologie précise est encore inconnue : conjonction de facteurs immunitaires et environnementaux (dont infectieux) sur un terrain de prédisposition génétique.

- Concerne les **jeunes enfants** (< 5 ans)

- Plus grande fréquence dans certaines populations (Asie), formes sévères "Kawasaki Shock" plus fréquentes chez Afro-Caribéen

- Récemment (Avril 2020) : description de syndrome "Kawasaki-like" appelé syndrome d'inflammation multi-systémique de l'enfant (PIMS pour l'acronyme anglais) faisant suite à une infection par le SARS-COV2 se différenciant du Kawasaki par une plus grande fréquence de l'atteinte myocardique notamment

Caractéristiques cliniques

Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments

Forme classique complète :

- associe **une fièvre depuis 5 jours ou plus (Fièvre prolongée, Hyperthermie/fièvre SD-044) et 4 critères parmi les suivants (critères majeurs),**

- **exanthème maculopapuleux ou érythème diffus** du tronc et des membres avec desquamation fine précoce du siège à J5

- **atteinte des extrémités** avec érythème des paumes et des plantes et/ou œdèmes des mains et des pieds et/ou desquamation fine subaiguë (plus tardive, vers J10)

- **conjonctivite** bulbaire bilatérale non suppurative

- atteinte **oropharyngée** : glossite et/ou chéilite et/ou pharyngite

- **adénopathies** cervicales > 1,5cm bilatérales mais avec possibilité de localisation unilatérale (ou asymétrique) pouvant parfois faire évoquer le diagnostic de phlegmon donc y penser devant une évolution atypique d'un "adénophlegmon" cervical voire parapharyngé sans documentation bactérienne

! : attention les critères majeurs ne sont pas tous contemporains, il est donc important de bien les rechercher lors de l'entretien de recueil d'anamnèse

! : une **irritabilité importante** est quasi constante chez le nourrisson et le jeune enfant.

D'autres atteintes d'organe peuvent s'associer (vascularite systémique): cardiaque (myocardite, péricardite), hépatobiliaire (hépatite, hydrocholécyste), neurologiques (méningite aseptique, encéphalite), pulmonaires, oculaires (uvéite) ou digestives

Forme incomplète

Il existe des formes incomplètes (moins de 4 critères majeurs) pouvant faire errer le diagnostic notamment chez l'enfant plus jeune et exposant ainsi à un plus fort risque de complication cardiaque.

En présence d'une fièvre prolongée au delà de 5 jours et inexpliquée, avec un patient altéré sur le plan de l'état général, il est donc important de pouvoir investiguer ce diagnostic (en plus du bilan infectieux) par un bilan biologique et une échographie cardiaque.

Une échographie cardiaque normale n'élimine pas le diagnostic mais en cas de dilatation coronaire, le diagnostic peut être retenu même si il y a moins de 4 autres critères majeurs autres que la fièvre

Anomalies biologiques

Les anomalies suivantes sont souvent observées :

- syndrome inflammatoire : CRP et VS élevée, hyperleucocytose, thrombocytose (apparaissant plus tardivement (J10) par rapport aux autres paramètres), hypoalbuminémie

- anomalie hépatique : cytolyse modérée (fréquente), plus rarement élévation de la bilirubine

- leucocyturie aseptique très fréquente

- méningite aseptique (lorsque la PL est faite)

Complications

- aigues : forme multisystémique "Kawasaki shock" avec myocardite, atteinte multiviscérale, syndrome d'activation macrophagique

- subaiguë : **dilatation des coronaires** pouvant aller jusqu'à l'anévrisme. Le risque de dilatation est majoré au delà de 10 jours d'évolution sans traitement, le diagnostic de maladie de Kawasaki est donc urgent

Le diagnostic se fait à l'**échographie cardiaque** transthoracique par un cardiologue ayant l'expérience de cette maladie

Prise en charge/Orientation

Une suspicion de maladie de Kawasaki justifie un bilan hospitalier

La prise en charge thérapeutique une fois le diagnostic posé est toujours **hospitalière** et associe une perfusion d'immunoglobuline polyvalente intraveineuse ainsi que de l'aspirine à dose anti inflammatoire puis anti aggrégante pour une durée totale de 6 à 8 semaines

Une **surveillance cardiologique** avec échographie doit être mise en place

Maladies infectieuses éruptives : varicelle OIC-164-11-A

Epidémiologie

- Primo-infection liée au virus VZV (Varicella Zoster Virus), *Herpesviridae*, sous-famille *alpha-herpesvirinae*

- Infection très fréquente chez l'enfant

- Contagiosité interhumaine : voie aérienne (aérosol) ou contact avec vésicules

- primo infection par le VZV se traduit par la varicelle, la réactivation se traduit par un zona

Caractéristiques cliniques

- Incubation 2 semaines

- Contagion 2 jours avant éruption jusqu'à ce que les lésions soient croûteuses (environ 1 semaine)

- Infection le plus souvent bénigne chez l'enfant mais plus sévère chez le nourrisson de moins de 1 an ou chez les adolescents

- Forme classique : évolution de 2 temps

- pré éruptive : fièvre

- éruptive : vésicules apparaissant en poussées successives (lésions d'âge différents), sur tout le corps pouvant atteindre les muqueuses (bouche), évoluant vers la formation de croûte, accompagnées de prurit parfois très intenses. Une fièvre accompagne l'éruption (fièvre tant que nouvelles poussées de vésicules, si fièvre alors que pas de nouvelles lésions attention à la



- Formes graves (sujets à risque)

- néonatale : varicelle chez la mère avec éruption de 5 jours avant à 2 jours après l'accouchement = nécessité de traiter les enfants par immunoglobuline anti VZV et aciclovir même si asymptomatique car gravité ++
- chez l'immuno-déprimé: risque de pneumonie sévère, d'hépatite fulminante, de défaillance multiviscérale = traitement systématique
- Femme enceinte : foetopathie avant 20 SA, pneumonie chez la femme enceinte
- Adolescents et adultes : forme profuse, atteinte respiratoire

Complications

- Virales (cf sujets à risque plus haut) : pneumonie, hépatite, encéphalite
- Surinfections bactériennes :
 - cutanée (Streptocoque A et Staphylocoque doré): dermohypodermite, fasciite, choc toxique. Rôle favorisant des AINS
 - respiratoire : otite moyenne aigue, pleuropneumonie
- Post-infectieuses : ataxie cérébelleuse (cérébellite), purpura thrombopénique
- Métabolique : Syndrome de Reye en association avec la prise d'aspirine

Traitement et prévention

Le traitement est symptomatique, les formes sévères ou les varicelles survenant chez des sujets à risque justifient la prescription d'aciclovir IV

La prévention repose sur l'évitement de sujets à risque. En cas d'exposition d'un sujet à risque un traitement par immunoglobuline spécifique est indiqué

La vaccination post exposition est justifiée dans les cas où elle n'est pas contre indiquée (vaccin vivant donc contre-indiqué chez les femmes enceintes et chez les patients immunodéprimés), c'est à dire chez l'adolescent de plus de 11 ans et les adultes non immuns dans les 72h suivant le contage

Voir aussi Infections à herpès virus du sujet immunocompétent

SDD en lien Vésicules, éruption vésiculeuse (cutanéomuqueuse) SD-093