

**Module de Pédiatrie  
5eme année médecine**

# **Éruptions fébriles de l'enfant**

**Pr R.BOUREGHDA**

**Service de Pédiatrie**

**CHU SETIF**

## Les fièvres éruptives de l'enfant sont caractérisée par

- ❑ **Variabilité extrême** tant sur le plan clinique, étiologie, évolutive et pronostic.
- ❑ La plupart sont **d'origine virale** .
- ❑ D'autre sont grave et nécessite un **diagnostic précoce**.
- ❑ **Problème de santé publique** surtout dans les pays en voie de développement non justifiant d'une vaccination ( schéma OMS ou nationaux).

# Plan

1. Roséole
2. Rubéole
3. Rougeole
4. MNI
5. Varicelle
6. scarlatine
7. Syndrome de KAWASAKI
8. Autres

# 1. Roséole (exanthème subit)

- **Age:** nourrisson (pic entre 7 et 13 mois).
- **Pas de caractère saisonnier ou épidémique.**
- **Agent responsable:** dû à 2 virus du groupe herpès HHV6 et HHV7 d'où possibilité de 2 épisodes.

# Roséole

## ❑ Clinique

- Incubation: 5 à 15 jours.
- Etat : 2 phases.
  - ✓ **Fièvre isolée** élevée bien tolérée pendant 3 jours .
  - ✓ **Chute brutale de la fièvre au 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> jr**: en même temps qu'apparaît un **exanthème maculo-papuleux** fin et confluent prédominant au tronc 1 à 2j puis disparaît sans desquamation.

## ❑ **Evolution**: habituellement favorable

## ❑ Complications: Convulsions fébriles ,Méningite lymphocytaire ou méningo-encéphalite.



**Roséole**





**Roséole**

## 2. Rubéole

- **Transmission** interhumaine, par **voie aérienne**.
- **Risque d'embryo-foetopathie** chez la femme enceinte non immunisée.
- **Incubation:** 15 à 21 jours.
- Contagiosité maximale 5 jrs précédant et suivant l'éruption.



# Rubéole

## Clinique

- Formes asymptomatiques fréquentes.
- Rubéole typique:
  - ✓ Phase d'invasion: fièvre modérée, pharyngite.
  - ✓ Phase d'état: 1 à 3 jrs plus tard, **exanthème maculo-papuleux** commençant par le visage et le cou, s'étendant au tronc, prédomine sur le bas du dos et les fesses et épargne paumes et plantes et cuir chevelu; **adénopathies occipitales**, et **latéro-cervicales**, durée 2 à 4 jrs.

# Rubéole

## exanthème maculo-papuleux

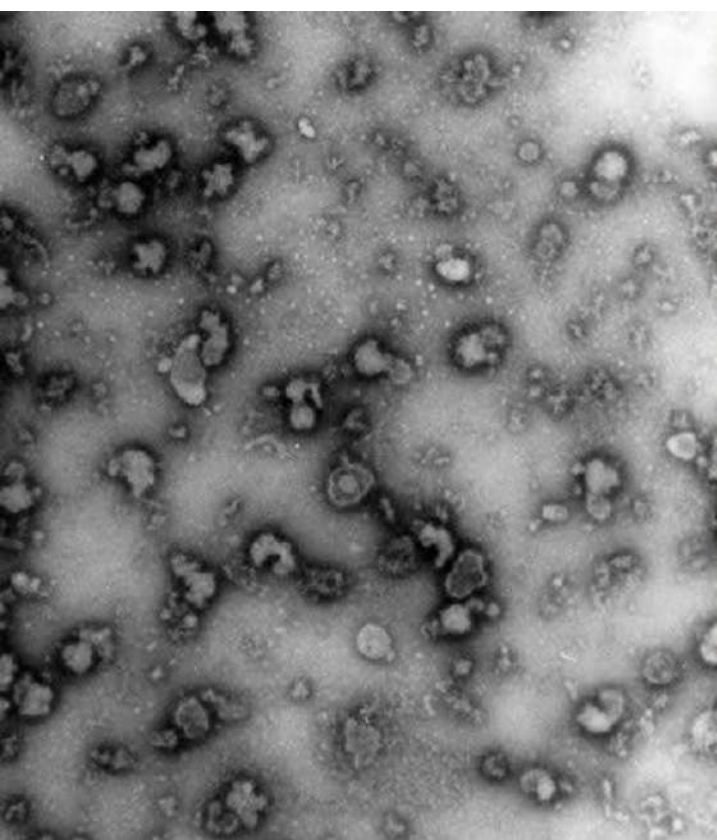


# Rubéole

- Diagnostic: clinique et sérologique.
- Complications:
  - ✓ **Thrombopénie** : 2 à 10 jrs après l'apparition de l'éruption
  - ✓ Arthrites chez adolescents.
  - ✓ **Encéphalites**.
  - ✓ Hépatites et aplasie médullaire( rarement).
  - ✓ **Risque tératogène +++**
- Traitement : symptomatique.
- Prophylaxie: Vaccination +++( ROR, PRIORIX).

## Rubéole congénitale

- Signes transitoires: RCIU, thrombopénie, purpura, hépatosplénomégalie, lésions osseuses, méningo-encéphalite, pneumopathie interstitielle.
- Signes permanents: **cardiopathie**, microcéphalie, microphthalmie, **cataracte**, rétinopathie.
- Signes retardés: **surdité**, retard des acquisitions, myopie, diabète, hypothyroïdie.



↑  
Virus de la rubéole



↑  
Rubéole néonatale



## ***Cataracte congénitale***





### 3. Rougeole

- Disparition des épidémies depuis la vaccination.
- Transmission par voie aérienne .
- Contagiosité max 4 jrs précédant et 4 jours suivant l'éruption.

# Rougeole

## Clinique

- Incubation: 9 à 14 jours.
- Phase prodromique: dure 3 à 5 jours, fièvre élevée, catarrhe oculo-naso-trachéo-bronchique, Signe de koplick (taches blanchâtres sur fond érythémateux sur la muqueuse des joues).
- Phase d'état: éruption maculopapuleuse rouge foncé, confluente laissant des intervalles de peau saine débutant derrière les oreilles, puis s'étend en 3 jours suivant une topographie descendante.



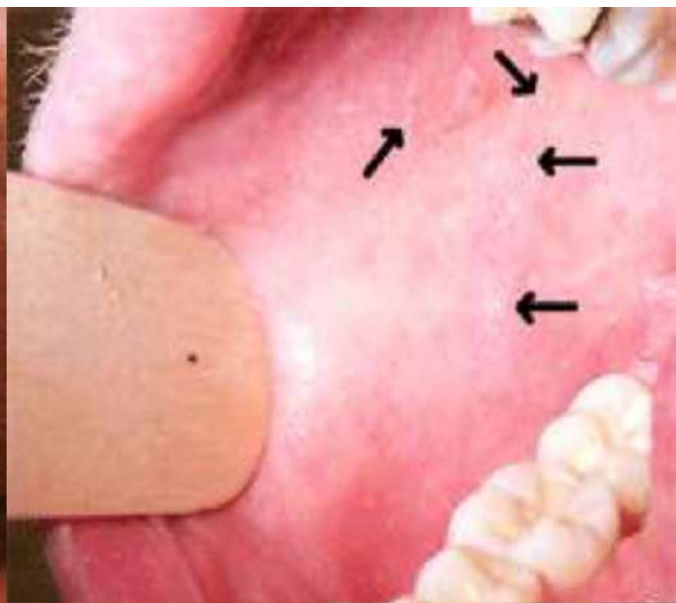






← ↑

**Signe de koplick** (taches  
blanchâtres sur fond érythémateux  
sur la muqueuse des joues)



***Signe de koplick***





# Rougeole

- **Formes particulières**
  - **Tableau atténué** particulièrement chez le **nourrisson** ayant encore des anticorps maternels à des taux faibles.
  - **Forme de l'immunodéprimé**: pneumopathie à cellules géantes et l'encéphalite aiguë (**gravissime**)
- **Diagnostic: clinique+biologie** (NFS: leucopénie, Sérologie spécifique).

# Rougeole

## Complications:

### ☐ Atteintes respiratoires:

- pneumonie interstitielle avec possibilité de séquelles à type d'insuffisance respiratoire chronique.
- Laryngo-trachéobronchite.

### ☐ Encéphalite

- **l'encéphalite aiguë post-éruptive** (4è-7è jr), caractérisée par une réascension thermique ou absence de défervescence associés à des troubles de conscience et à des convulsions.
- **Panencéphalite subaiguë sclérosante (tardive)**: survient 9 mois à 15 ans après. Tableau d'installation progressive avec mouvements anormaux, **détérioration neuro-psychique importante (séquelles +++).**

# Rougeole

## Autres complications

- ❑ Hépatite, myocardite, névrite optique, bronchite, thrombocytopénie...
- ❑ Surinfections bactériennes: otite moyenne aiguë, laryngites ou laryngo-trachéites, conjonctivites, surinfections broncho-pulmonaires.

## Traitement

- ❑ Symptomatique.
- ❑ Antibiothérapie si surinfection broncho-pulmonaire.

**Prévention:** repose sur la vaccination (CI en cas d'immunodépression).

## 4. Mononucléose infectieuse

- **Etiologie:** virus Epstein Barr ( EBV) ou herpès virus type 4 .
- Adolescent++ mais possible à tout âge.
- Contamination interhumaine.

# Mononucléose infectieuse

- **Incubation** : 10 à 60 jours.
- **Phase prodromique**: asthénie, fièvre, dysphagie
- **Phase d'état**: triade faite d'asthénie, fièvre élevée et la caractéristique angine érythématopultacée avec des fausses membranes se détachant facilement.

## Mononucléose infectieuse

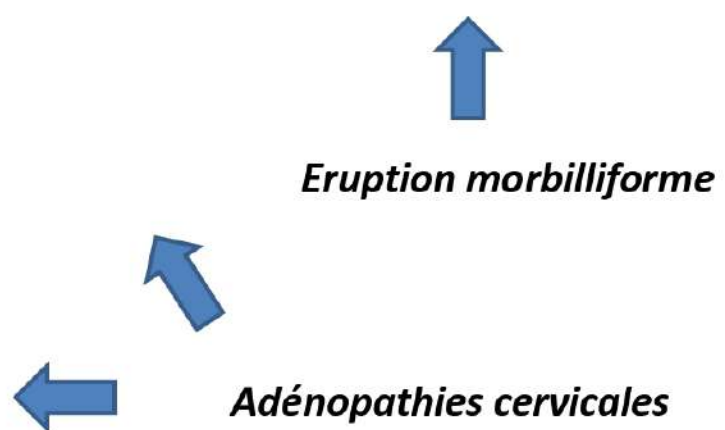
### Autres signes associés:

- ✓ Adénopathies cervicales postérieures volumineuses.
- ✓ Obstruction naso-pharyngée.
- ✓ Splénomégalie  $\pm$  hépatomégalie.
- ✓ Eruption morbilliforme, plus intense chez patients **ayant pris une pénicilline A.**

### Biologie:

- ✓ hyperlympcytose à cytoplasme hyperbasophile.
- ✓ MNI-Test.
- ✓ Sérologie EBV( anticorps Ig M et Ig G sont des témoins précoces.

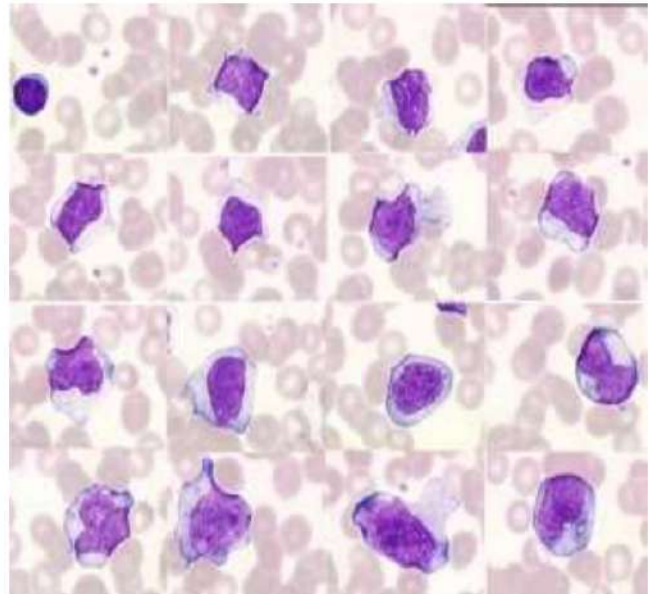
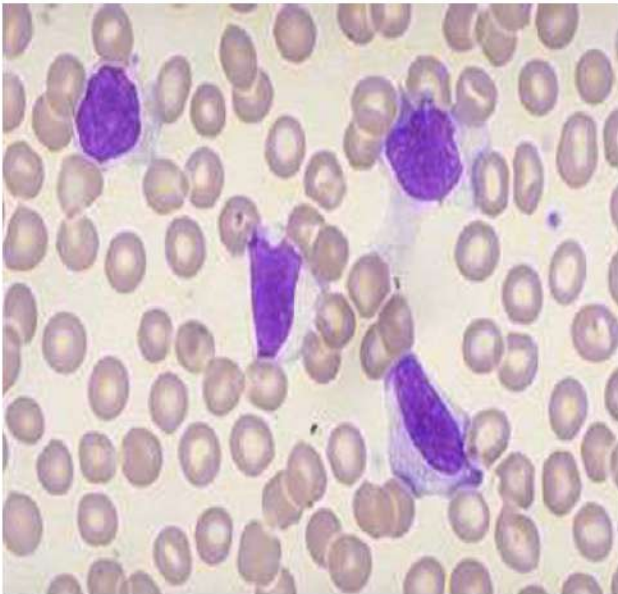






*angine érythématopultacée*

## ***Syndrome mononucleosique***



# Mononucléose

- **Evolution** le plus souvent bénigne.
- **Complications:**
  - neurologiques: méningites, polyradiculonévrite...etc.
  - Cardiaques: péricardite, myocardite.
  - Pulmonaires: pneumopathies, pleurésie.
  - Obstruction des voies aériennes supérieures (OVAS ).
  - Hépatiques: hépatite.
  - Rénales: néphrite , hématurie, GNA.
  - Hématologiques: pancytopénie, anémie hémolytique.
  - Syndrome de fatigue chronique post-virale.
- **Traitement:** symptomatique, possibilité corticothérapie dans les complications hématologiques et le syndrome d'OVAS .

## 5. Varicelle

- Tous âges mais enfants entre 2 et 10 ans (++).
- Transmission interhumaine par voie aérienne.
- Agent: virus varicelle zona(VZV) ou herpès virus de type 3



# Varicelle

- Incubation: 2 à 3 semaines.
- **Invasion:** **courte**, fièvre modérée, asthénie.
- **Etat:** **éruption prurigineuse débutant** souvent au niveau du **tronc** puis généralisée atteignant le **cuir chevelu** et les extrémités ayant les caractéristiques suivantes:
  - **Au départ macule** rosée de petite taille.
  - **Puis** en quelques heures éléments **maculo-papuleux** surmontés d'une **vésicule** contenant un liquide clair



# Varicelle

- Affaïssement de la vésicule au 2<sup>e</sup> jour, se déprime au centre et forme une croûte brunâtre prurigineuse qui chute entre 6<sup>e</sup> et le 8<sup>e</sup> jour laissant place à une petite tache rosée.
- Durée totale éruption: 7 à 12 jours.
- Énanthème : évolue parallèlement à l'exanthème avec des vésicules qui se rompent faisant place à de petites érosions superficielles.
- Diagnostic: Clinique ++ et sérologique(si doute).



↑  
**Élanthème**



1 *Éléments vésiculeux d'une varicelle commune.*



← **Atteinte du cuir chevelu**







# Varicelle

- Evolution **bénigne** dans la plupart des cas .
- Complications:
  - Surinfections cutanées à staphylocoques ou streptocoques.
  - Conjonctivite et kératoconjonctivite.
  - **Ataxie cérébelleuse**, encéphalite aiguë, polyradiculonévrite.
  - Autres: pneumopathies, glomérulonéphrites, et thrombopénie...etc.
  - **Risque vital chez l'immunodéprimé(ID).**
- Traitement:
  - forme classique: symptomatique.
  - Formes graves(ID, nouveau-né): ACYCLOVIR pdt 7 à 15 jrs.
- Préventif: vaccin VARIVAX.

## Varicelle congénitale

- Risque de transmission materno-fœtale faible (1 à 5/10000 grossesses).
  - Si transmission <20SA: cicatrices cutanées en zigzag témoin d'un **zona anténatal, membres courts**.
  - Si transmission >20SA: **souvent asymptomatique** et risque de zona dans la petite enfance.
- Varicelle maternelle périnatale: **haut risque néonatal lorsque la mère a débuté l'éruption dans les 5 jours précédant ou les 2 jours suivant l'accouchement** ➔ **Éruption dans les 10 jours** qui suivent la naissance souvent compliquée (**atteinte multiviscérale**), mortalité de 30%.



## Membres courts



# Varicelle congénitale

## Traitement

- Si période de risque maximal, ZOVIRAX.
- Mesures d'hygiène pour le personnel de maternité car la varicelle est très contagieuse.
- Allaitement est autorisée lorsque la varicelle survient pendant la grossesse et guérie.

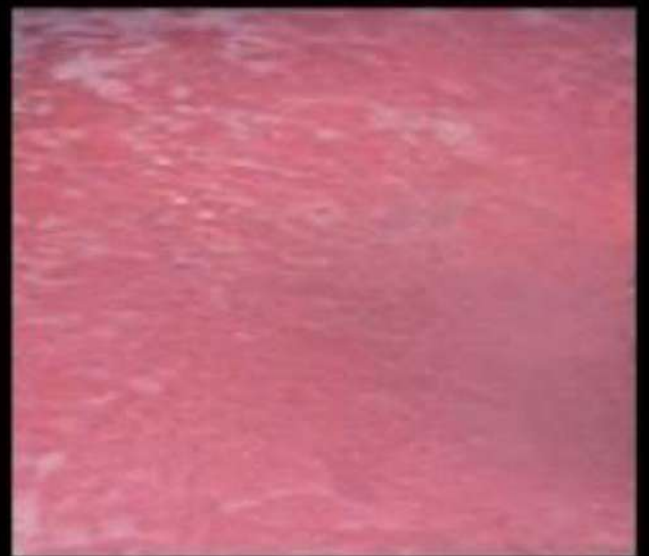
## 6. Scarlatine

- Fréquente l'hiver.
- Enfants entre 5 et 15 ans, exceptionnelle avant 3 ans.
- Agent: **streptocoque  $\beta$  hémolytique du groupe A.**
- Incubation: 2 à 4 jours.
- Etat : - **Fièvre** variable, accompagnée d'une pharyngite et d'une amygdalite avec dysphagie marquée et souvent vomissement.
  - **Enanthème**: langue recouverte d' un enduit blanchâtre disparaissant en 2 à 3 jr laissant apparaître les papilles rouges, la langue prend un « aspect langue framboisé ».

# Scarlatine

- Exanthème: **lésions maculo-papuleuses, confluentes sans intervalle de peau saine** donnant un aspect « **granité** ».
- **Débute au niveau des plis de flexion** (inguinal, axillaire, coude) puis thorax, abdomen, cou, visage et extrémités.
- **Respect paumes des mains et plantes des pieds et la région périorale ( +++).**
- **Desquamation** fine ou en lamelles : entre **7è et 20è** jour.
- **Diagnostic**
- **NFS:** hyperleucocytose à PNN.
- **Recherche du strepto A:** prélèvement de gorge, hémoculture + Ac spécifiques (ASLO, antistreptodornases, antistreptokinases).

# Scarlatine



**Scarlatine**

*lésions maculo-papuleuses, confluentes sans intervalle de peau saine*







## Desquamation fine ou en lamelles



# Scarlatine

- **Complications**

- Choc toxique: dû aux exotoxines A,B ou C du streptocoque; tableau de défaillance multiviscérale.
- Arthrite.
- Angiocholite.
- Otite moyenne aiguë et sinusite.
- **Rhumatisme articulaire aiguë** (RAA) 3 semaines après le début.
- **GNA post infectieuse** : 10 jrs après le début.

- **Traitement**

- Formes non compliquées: Pénicilline G ou V.
- Formes compliquées: Pénicilline G, **alternative C3G**.

## 7. SYNDROME DE KAWASAKI

### syndrome adéno-cutanéomuqueux

- Âge moyen: 3 ans, prédominance de garçons.
- Gravité de la maladie tient à la possibilité d'atteintes coronariennes.
- Étiologie inconnue.
- Diagnostic essentiellement clinique.

## Syndrome de KAWASAKI

- Critères majeurs :

- **fièvre > 5 jours** sans étiologie connue résiste aux ATB et aux antipyrétiques.
- **Conjonctivite** bilatérale sans suppuration.
- **Modifications bucco-pharyngées**: chéilite, langue framboisée.
- **Modifications des extrémités**: érythème palmo-plantaire et œdèmes indurés des mains et des pieds à la phase initiale; desquamation de la pulpe des doigts et des orteils à la fin de la 2<sup>e</sup>-3<sup>e</sup> semaine.
- **Exanthème** d'aspect variable.
- **Adénopathies** cervicales non suppurées > 1,5 cm.

# Syndrome de KAWASAKI

## Critères mineurs

- Cliniques:

- **digestives**: diarrhée, vomissements, douleurs abdominales, ictère.
- Articulaires: arthralgies, arthrites.
- Musculaires: myalgies, parfois myosites.
- Cardiaques: myocardite, péricardite.
- **Neurologiques**: irritabilité, méningite ou méningo-encéphalite.

- Biologiques:

- Hyperleucocytose
- Anémie normochrome normocytaire.
- Hyperplaquettose.
- VS accélérée, CRP élevée, augmentation du fibrinogène et des alpha-2 globulines.





Maladie de Kawasaki



*Conjonctivite bilatérale*



*Modifications bucco-pharyngées*

Eruption polymorphe



*Desquamation de la pulpe des doigts et des orteils*







## Syndrome de KAWASAKI

- **Diagnostic positif:**

- 5 des 6 critères majeurs
- Conforté par l'existence d'un syndrome inflammatoire.

NB: il Existe des formes incomplètes ou atypiques avec  $\leq 4$  critères majeurs dont la fièvre est le plus constant( Nourrisson++).

## Syndrome DE KAWASAKI

- **Évolution**

- **Favorable dans la majorité des cas**, Fièvre cède dans un délai de 48h (s/TRT), et disparition des signes inflammatoires dans un délai de 6 à 8 semaines.
- **Complications dans environ 10 %**: il s'agit des;
  - **Atteinte cardiovasculaire** (Gravité de la maladie).
    - phase aiguë (**10 premiers jours**): myocardite, péricardite, endocardite, de bon pronostic.
    - phase tardive (**entre 2 et 4 semaines**): **atteinte coronaire à type d'anévrismes** (apanage des formes d'évolution prolongée, à rechute ou récidivantes).



## Syndrome de KAWASAKI

- **Immunoglobulines polyvalentes i v:** réduisent l'incidence des lésions coronariennes; posologie 2g/kg à administrer dans les 10 premiers jours.
- **Acide acétylsalicylique:** action anti-inflammatoire et anti-agrégante; posologie 80 à 100mg/kg/j en 4 prises pdt 15 jrs puis 3 à 5mg/kg/j en une prise pdt 6 à 8 sem. lorsque les coronaires apparaissent normales ou tant que persistent des lésions coronariennes décelables en échographie.

## 8. Autres

- **Mégalérythème épidémique:** due au parvovirus B19.
- **Syndrome pieds-mains-bouche:** due au coxsackie A16, entérovirus.
- **Infections à Virus Herpes Simplex 1 et 2:** à savoir
  - Gingivostomatite aiguë.
  - Herpès congénital.
  - Syndrome de Kaposi Juliusberg.

## Conclusion

- Motif de consultation très fréquent.
- Le diagnostic étiologique est avant tout clinique et repose sur les caractères sémiologiques de chaque affection.
- Le traitement et le pronostic sont fonction de l'étiologie.
- Il s'agit d'un problème qu'il faudrait surtout pas banaliser du fait de la gravité potentielle de certaines étiologies.