

# Eruptions fébriles

**Dr. BOUSKIA**



- *Motif de consultations fréquent en pédiatrie.*
- *Diagnostic avant tout clinique +++*
- *Causées le plus souvent par des infections virales banales*
- *Prise en charge symptomatique le plus souvent*
- *Quelques situations d'urgence à identifier rapidement*

# Démarche diagnostique:

**1- Analyser les lésions sur le plan dermatologique**

**2- Identifier les situations de gravité nécessitant une prise en charge urgente.**

**3- Rechercher les antécédents de l'enfant (maladie, vaccinations, contagé, médicaments..)**

**4- Signes associés et évolution**

# 1- Analyser les lésions sur le plan dermatologique

- **.1.purpura:** lésion cutanée et/ou muqueuse hémorragique dû à l'extravasation de sang dans le derme, elle ne s'efface pas à la vitro pression
- **2.Vésicule:** soulèvement cutané contenant un liquide clair (taille inférieure à 5mm)
- **3.Érythème:** rougeur congestive de la peau localisée ou diffuse qui disparaît à la vitro pression
- **4.Urticaire:** papule œdémateuse prurigineuse





**MACULE**



**MACULE**



**MACULE**



**PAPULE**

**Morve**

- rouge
- élén
- inter



**VESICULE**

**tiniforme:**

vif

acards continus

tervalle de peau saine



**PURPURA**



**BULLE**

# 1- Analyser les lésions sur le plan dermatologique

- *Classification sémiologique des éruptions virales les plus courantes:*

## 1.Eruptions morbilliformes:

- Rougeole
- Mégalérythème épidémique
- Mononucléose infectieuse
- Primo-infection VIH

## 2.Eruptions roséoliformes:

- Rubéole
- Exanthème subit

## 3.Eruptions vésiculeuses:

- Varicelle
- Zona

## • 4.Autres:

# Types d'éruptions

- **Classification actuelle:**

- ***Exanthèmes érythémateux:*** scarlatine, syndromes toxiques, streptococcique ou staphylococcique, maladie de kawasaki, toxidermie médicamenteuse.
- ***Exanthèmes maculopapuleux:*** Rougeole, rubéole, exanthème subit, mégalérythème épidémique, infection à entérovirus, maladie de kawasaki, urticaire, toxidermie médicamenteuse
- ***Exanthèmes vésiculopustuleux:*** varicelle, HSV, zona, enterovirus (coxsackievirus: syndrome mains pieds bouche)

## 2- Identifier les situations de gravité nécessitant une prise en charge urgente

- ***Rechercher avant tout une urgence diagnostique*** et thérapeutique:  
Purpura fébrile+ troubles hémodynamiques = méningococcémie
- **Erythème fébrile+ troubles hémodynamique = Syndrome toxique**
- **Fièvre > 5j = maladie de Kawasaki**
- **Lésions cutanées erythémateuses circonscrites infiltrées et douloureuses = dermohypodermite bactérienne, fasciite.**
- **Lésions ulcérées des muqueuses et/ou décollements épidermiques extensifs: Stevens- Johnson, syndrome de Lyell, épidermolyse bulleuse staphylococcique.**
- **Toujours repérer: Terrain particulier (immunodépression, nouveau-né)**



### 3- Rechercher les antécédents de l'enfant (maladie, vaccinations, contagé, médicaments..)

- **Interrogatoire**

- âge
- notion de contagé
- épidémiologie locale
- antécédents médicaux (contexte d'immunodépression)
- antécédents vaccinaux
- prodromes
- évolution de l'éruption (mode de début, progression)
- notion de prises médicamenteuses en particulier des antibiotiques et des anti- convulsivants.

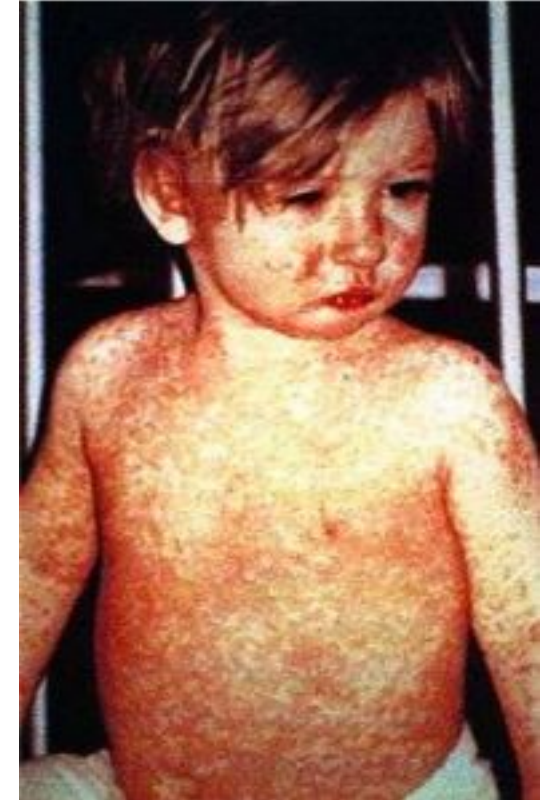
# 4- Signes associés et évolution

- **Les fondamentaux**
- Extension / Evolution  
Intervalles de peau saine ou non Atteinte muqueuse ?  
Vitesse d'extension
- Atteinte de la barrière cutanée (érosion, décollement)
- Vasodilatation ou extravasation (vitropression?)
- Prurit ?
- Retentissement général ??? Fièvre, état général, Hémodynamique, conscience..
- Statut vaccinal et antécédents

# **Les principales maladies éruptives**

# ***Rougeole :***

- **Définition :** ( anciennement appeleé 1ere maladie)  
maladie infectieuse contagieuse à déclaration  
obligatoire causée par le virus du même nom (du  
genre Morbillivirus, de la famille des paramyxovirus)
- **Période :** Hiver et printemps  
**Age :** 8 mois-5 ans **Transmission:** aérienne
- **Réservoir:** exclusivement humain
- **Contagiosité :** ↑ en l'absence de protection  
vaccinale et se fait durant les 5 jours précédant et  
suivant le début de l'éruption



- **Tableau clinique :**

La rougeole dans sa forme typique :

Période d'incubation:

D'une durée habituelle de 10 à 11 jours Cliniquement muette.

## • 2. Période d'invasion

- dure de 2 à 4 jours:
- Début soit brutal, marqué par une ascension thermique à 39-40 °C, avec asthénie, anorexie et malaises, soit progressif, avec céphalées, troubles du sommeil et modification du comportement.
- Dans les 24 h apparaît le catarrhe généralisé, suivi de peu par l'énanthème.
- Le catarrhe se manifeste par :
  - une rhinite : coryza séreux puis mucopurulent, avec éternuements, voire épistaxis ;
  - une conjonctivite localisée puis diffuse : les yeux sont rapidement rouges, brillants, larmoyants avec photophobie, parfois sécrétions mucopurulentes ;
  - une toux rauque, pénible, avec enrouement, témoin d'une atteinte laryngée et trachéale ;
  - une diarrhée+/-.

- L'énanthème: apparaît à la 36e heure.
- le signe de Koplik : petits éléments blanc bleuâtre punctiformes reposant sur une base érythémateuse d'un rouge brillant siégeant sur la face interne des joues en regard des dernières molaires.
- Le signe de Koplik est pathognomonique de la rougeole.



- **3-Période d'éruption**

**Exanthème:** apparaît 2 jours après l'énantheme.

- **Aspect :** éruption érythémateuse maculo-papuleuse non prurigineuse faite d'éléments roses ou rouges, arrondis, de contours irréguliers, mesurant moins de 1 cm de diamètre, distincts les uns des autres et laissant des intervalles de peau saine.
- Les polyadénopathies sont fréquentes.







# ROUGEOLE



Virus de la rougeole



**INCUBATION:** 8 à 10 jours



Hiver et printemps



Nourrissons et adolescents  
(vaccination absente ou incomplète)



**CONTAGIOSITÉ:** durant les 5 jours précédant  
et suivant le début de l'éruption



**ÉVICTION SCOLAIRE** d'au moins 4 jours  
après le début de l'éruption



- Malaise général, abattement, irritabilité
- Fièvre élevée
- Rhinorrhée, toux



Yeux rouges



**SIGNE PARTICULIER.** Taches de Koplik



**NE PAS CONFONDRE AVEC :** maladie de Kawasaki,  
scarlatine, autre éruption virale, toxidermie, allergie



**ÉVOLUTION.** Guérison en une dizaine de jours



**COMPLICATIONS:** otite, convulsion,  
diarrhée, pneumonie, laryngo-trachéo-  
bronchite, encéphalite, panencéphalite  
sclérosante subaiguë



**FACTEURS DE RISQUE :** premiers 12 mois  
de vie, déficits immunitaires, malnutrition,  
grossesse



**RISQUE EMBRYO-FŒTAL.** Faible risque  
de maladie congénitale



## ÉRUPTION MACULO-PAPULEUSE



- Rash généralisé non prurigineux débutant au niveau de la tête puis envahissant le tronc et les membres
- Éléments maculo-papuleux rouges espacés de peau saine
- Érythème des muqueuses bucco-pharyngées; dépôts blanchâtres à la face interne des joues (taches de Koplik)



**TRAITEMENT** symptomatique.  
Vitamine A si facteur de risque



## PRÉVENTION.

Contacts réceptifs: immunoglobulines IM  
Entourage: vaccination des sujets réceptifs



# RUBEOLE

- Contagiosité :

J-7 et J+7 de l'éruption

- Clinique :

1- Incubation: 14-21 jours, silencieuse

2- Invasion: brève, 1 à 2 j :

- fièvre modérée

- Etat général conservé -ADP cervicales postérieures





## Phase d'état:

- Eruption :  
Visage puis en moins de 24 h au tronc
- +membres supérieurs
- \* j1 : morbilliforme +++ visage  
\* j2 : scarlatiniforme +++ fesses + racine des cuisses. \* j3 : disparition sans séquelles.
- pas de prurit, pas d'érythème.
- Fièvre modérée disparaît au 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> jours de l'éruption
- ADP : cervico-occipitales +++



Vaccin \ Âge	Naissance	2 mois	3 mois	4 mois	11 mois	12 mois	18 mois	6 ans	11-13 ans	16-18 ans	Tous les 10 ans à partir de 18 ans
BCG	BCG										
HVB	HVB										
VPO	VPO	VPO		VPO		VPO		VPO	VPO		
DTC-Hib-HVB		DTC Hib HVB		DTC Hib HVB		DTC Hib HVB					
Pneumocoque		Pneumo-coque		Pneumo-coque		Pneumo-coque					
VPI			VPI								
ROR					ROR		ROR				
DTC								DTC			
dT Adulte									dT Adulte	dT Adulte	dT Adulte

BCG : tuberculose, HVB : hépatite B, VPO : poliomyélite **orale**, DTC-Hib-HVB : Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Haemophilus influenzae type b-Hépatite B, VPI : poliomyélite **injectable**, ROR : Rougeole-Oreillons-Rubéole, DTC : Diphtérie Tétanos Coqueluche, dT Adulte : diphtérie Tétanos Adulte

# RUBÉOLE



Virus de la rubéole



**INCUBATION:** 14 à 21 jours



Hiver, printemps



Surtout nourrissons et adolescents



**CONTAGIOSITÉ:** les 7 jours avant et après le début de l'éruption. Pendant plusieurs mois pour la rubéole congénitale



**ÉVICTION SCOLAIRE:** 1 semaine (période contagieuse)

- Bon état général
- Pas ou peu de fièvre
- Adénopathies sous-occipitales et rétro-auriculaires
- Arthralgies distales (adolescents, adultes)



Conjonctives normales



**SIGNE PARTICULIER.** Risque tératogène



**NE PAS CONFONDRE AVEC :** autre exanthème viral, scarlatine, allergie



**ÉVOLUTION.** Guérison rapide de la forme acquise



**COMPLICATIONS** (inhabituelles): encéphalite, purpura, anémie hémolytique, myocardite, péricardite



**FACTEURS DE RISQUE :** grossesse



**RISQUE EMBRYO-FŒTAL.** Risque d'embryopathie-foetopathie tératogène



## ÉRUPTION MACULO-PAPULEUSE



- Éruption non prurigineuse du visage puis du tronc et des membres
- Macules rouges ou rosées, espacées de peau saine, plus vives et plus denses sur les joues, plus clairsemées sur le tronc et les membres
- Pas d'atteinte des muqueuses



**TRAITEMENT** symptomatique



**PRÉVENTION.**

Contacts normaux : surveillance

Femmes enceintes : vérification du statut sérologique, gammaglobulines IM (?)





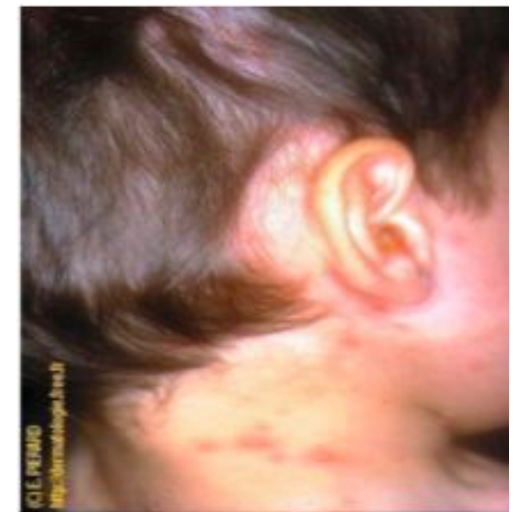
# Varicelle:

- Varicelle -Primo infection à VZV
- Contagiosité : J-5 de l'éruption jusqu'à assèchement des lésions
- Bon état général
- Fièvre modérée -Prurit cutané

- Exanthème :  
Visage puis généralisée : Face, tronc ,  
paumes et plantes.

Lésions maculo-papuleuses puis vésiculeuses et crouteuses  
Eléments d'âge et d'aspect différents Guérison 8-10j

- Enanthème :  
Vésicules ou érosions buccales et/ou génitales



**Varicelle profuse chez un nourrisson**  
**Noter l'atteinte profuse du tronc par rapport aux membres inférieurs**



Photo: P Del Giudice, T Hubiche, Unité de Dermatologie Infectiologie,  
CHU Fréjus Saint Raphaël





# VARICELLE



Virus varicelle-zona



**INCUBATION:**  $\pm$  15 jours

Après immunoglobulines: jusqu'à 20 jours



Toutes saisons



Âge préscolaire et scolaire



**CONTAGIOSITÉ:** 5 jours avant l'éruption et jusqu'à l'assèchement des lésions ( $\pm$  5 jours)



**ÉVICTION SCOLAIRE** indiquée ou non selon contexte clinique



- État général plutôt bon
- Fièvre modérée
- Prurit cutané



Conjonctives normales



**SIGNE PARTICULIER.** Vésicules et prurit



**NE PAS CONFONDRE AVEC :** piqûres d'insecte, maladie de Gianotti-Crosti, molluscum contagiosum, herpès cutané, folliculite, maladie mains-pieds-bouche, pityriasis lichénoïde et varioliforme aigu (PLEVA)



**ÉVOLUTION.** Guérison habituelle en  $\pm$  1 semaine



**COMPLICATIONS :** impétigo, cellulite, fasciite, pneumonie, hépatite, ataxie, encéphalite, syndrome de Reye



**FACTEURS DE RISQUE :** période néonatale, prématurité, âge adulte, déficits immunitaires, aspirine



**RISQUE EMBRYO-FŒTAL.** Faible risque d'embryopathie



## ÉRUPTION VÉSICULEUSE



- Rash photosensible généralisé à prédominance tronculaire
- Lésions maculo-papuleuses puis vésiculeuses et croûteuses
- Éléments d'âge et d'aspect différents dans un même territoire
- Cicatrices hypo ou hyperpigmentées
- Vésicules ou lésions érosives sur les muqueuses buccale et génitale



**TRAITEMENT** symptomatique.  
**Acyclovir** si facteur de risque



## PRÉVENTION.

Contacts normaux : surveillance.  
Contacts à risque: **immunoglobulines de varicelle-zona (VariZIG, Varig, VZIG)**



# Maladie de Kawasaki

- 6 Critères majeurs :
- Fièvre  $\geq 5J$  + au moins 4 des 5 critères
  1. Conjonctivite bilatérale, non purulente
  2. Enanthème (chéilite, glossite, stomatite)
  3. Erythème d'aspect varié du tronc.
  4. Atteintes des extrémités
  5. ADP cervicales ( $\geq 1.5\text{cm}$ , non suppurée)
- **Complication majeure :**  
**Anévrysme coronarien**



A



C



E



B



D



F

## •Biologie:

- Sd inflammatoire marqué (GB, CRP)
- Thrombocytose (parfois thrombopénie initiale)
- Hyponatrémie, hypoalbuminémie, cytolysé hépatique, leucocyturie aseptique

**HOSPIT ++**

Recherche complic<sup>o</sup>

- Bilan cardio
- écho coeur



**Anévrismes++**

Ttt: Ig IV  
aspirine

Surv cardio



# MALADIE DE KAWASAKI



Cause inconnue



**INCUBATION:** durée inconnue



Plus forte incidence hiverno-vernale



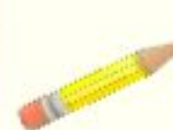
Âge préscolaire



**CONTAGIOSITÉ:** maladie très peu contagieuse



**ÉVICTION SCOLAIRE** jusqu'au rétablissement de l'enfant



- ★ Fièvre élevée  $\geq 5$  jours
- Irritabilité
- ★ Adénopathie cervicale
- Douleurs abdominales, diarrhée, vomissements



Yeux rouges



**SIGNE PARTICULIER.** Danger cardiaque



**NE PAS CONFONDRE AVEC :** scarlatine, rougeole, exanthème viral non spécifique, arthrite rhumatoïde, choc toxique, syndrome de Stevens-Johnson, syndrome inflammatoire multisystémique (MIS-C)



**ÉVOLUTION.** Le plus souvent guérison complète; parfois séquelles cardiaques



**COMPLICATIONS:** anévrysmes coronariens, infarctus myocardique



**FACTEURS DE RISQUE :** retard thérapeutique, sexe masculin, âge  $< 1$  an, fièvre  $> 10$  jours, anémie, hypoalbuminémie, ascendance asiatique



**RISQUE EMBRYO-FŒTAL** négligeable (?)



## ★ ÉRUPTION POLYMORPHE

- Rash généralisé polymorphe (le plus souvent aspect maculo-papuleux, morbililliforme ou scarlatiniforme et localisation tronculaire).
- ★ Rougeur et gonflement des mains et des pieds.
- Secondairement desquamation péri-unguéale et palmo-plantaire.
- ★ Anomalies bucco-labiales (érythème buccal et pharyngé, langue framboisée, lèvres rouges et fissurées).



**TRAITEMENT.** Gammaglobulines immunes en perfusion iv et aspirine



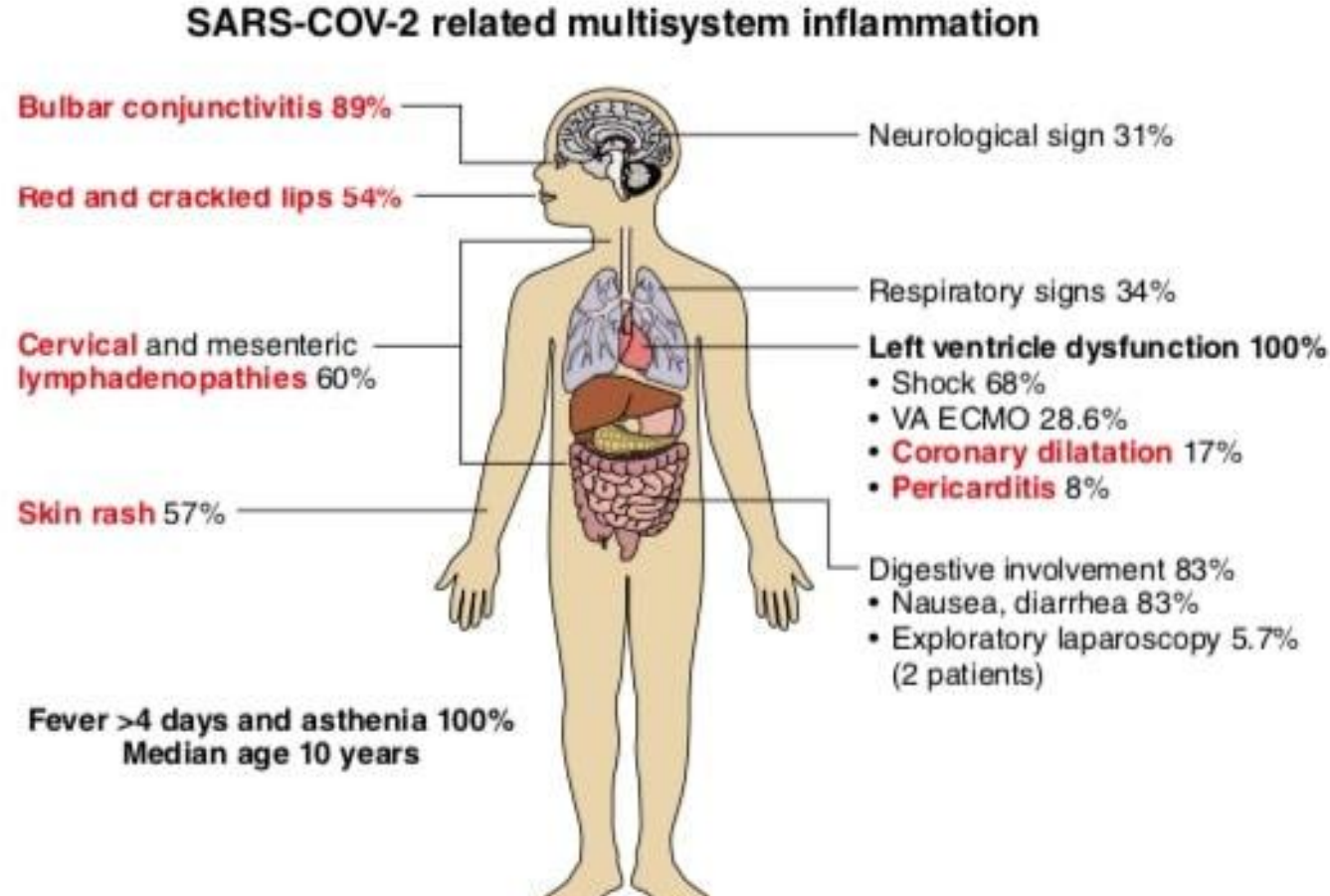
**PRÉVENTION.** Surveillance





# Syndrome d'inflammation multisystémique pédiatrique (PIMS) Lié au Covid19

- Réaction super-antigénique, similitude avec Kawasaki



**Table 1. Case Definitions for Emerging Inflammatory Condition During COVID-19 Pandemic From the World Health Organization, Royal College of Paediatrics and Child Health, and Centers for Disease Control and Prevention**

World Health Organization <sup>8</sup>	Royal College of Paediatrics and Child Health (United Kingdom) <sup>7</sup>	Centers for Disease Control and Prevention (United States) <sup>9</sup>
<p>Children and adolescents 0–19 y of age with fever &gt;3 d AND 2 of the following:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rash or bilateral nonpurulent conjunctivitis or mucocutaneous inflammation signs (oral, hands, or feet)</li> <li>2. Hypotension or shock</li> <li>3. Features of myocardial dysfunction, pericarditis, valvulitis, or coronary abnormalities (including ECHO findings or elevated troponin/NT-proBNP)</li> <li>4. Evidence of coagulopathy (by PT, APTT, elevated D-dimers)</li> <li>5. Acute gastrointestinal problems (diarrhea, vomiting, or abdominal pain)</li> </ol> <p>AND</p> <p>Elevated markers of inflammation such as ESR, CRP, or procalcitonin.</p> <p>AND</p> <p>No other obvious microbial cause of inflammation, including bacterial sepsis, staphylococcal or streptococcal shock syndromes.</p> <p>AND</p> <p>Evidence of COVID-19 (RT-PCR, antigen test, or serology positive), or likely contact with patients with COVID-19</p> <p>Consider this syndrome in children with features of typical or atypical Kawasaki disease or toxic shock syndrome</p>	<p>A child presenting with persistent fever, inflammation (neutrophilia, elevated CRP, and lymphopenia) and evidence of single or multiorgan dysfunction (shock, cardiac, respiratory, kidney, gastrointestinal, or neurological disorder) with additional features (see listed in eAppendix in <a href="#">Supplement 2</a>). This may include children fulfilling full or partial criteria for Kawasaki disease<sup>a</sup></p> <p>Exclusion of any other microbial cause, including bacterial sepsis, staphylococcal or streptococcal shock syndromes, infections associated with myocarditis such as enterovirus (waiting for results of these investigations should not delay seeking expert advice)</p> <p>SARS-CoV-2 PCR test results may be positive or negative</p>	<p>An individual aged &lt;21 y presenting with fever, laboratory evidence of inflammation, and evidence of clinically severe illness requiring hospitalization, with multisystem (&gt;2) organ involvement (cardiac, kidney, respiratory, hematologic, gastrointestinal, dermatologic, or neurological)</p> <p>Fever &gt;38.0 °C for ≥24 h or report of subjective fever lasting ≥24 h</p> <p>Laboratory evidence including, but not limited to, ≥1 of the following: an elevated CRP level, ESR, fibrinogen, procalcitonin, D-dimer, ferritin, lactic acid dehydrogenase, or IL-6; elevated neutrophils; reduced lymphocytes; and low albumin</p> <p>AND</p> <p>No alternative plausible diagnoses</p> <p>AND</p> <p>Positive for current or recent SARS-CoV-2 infection by RT-PCR, serology, or antigen test; or COVID-19 exposure within the 4 wk prior to the onset of symptoms</p> <p>Additional comments</p> <p>Some individuals may fulfill full or partial criteria for Kawasaki disease but should be reported if they meet the case definition for MIS-C</p> <p>Consider MIS-C in any pediatric death with evidence of SARS-CoV-2 infection</p>



# Physiopathologie du PIMS?

## • Dérégulation immunitaire

Med

CellPress

Clinical and Translational Article

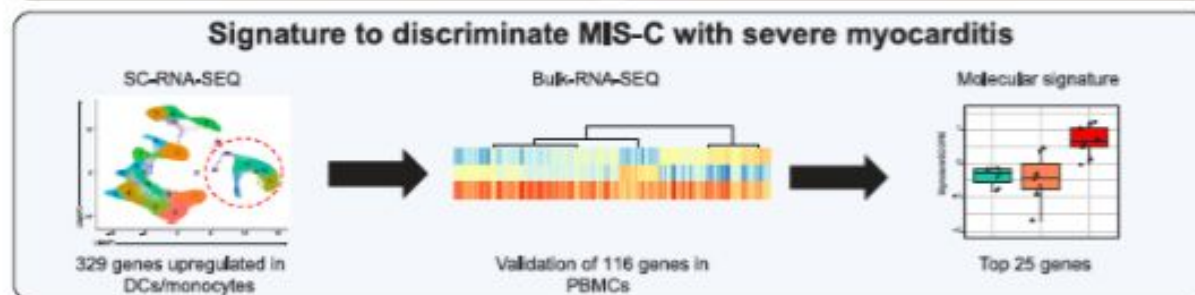
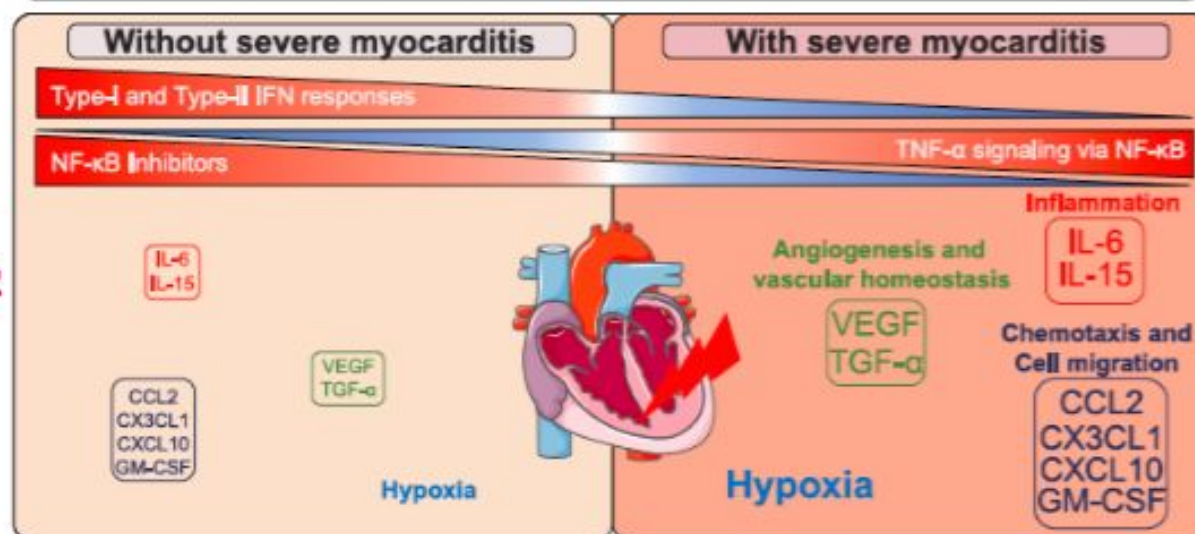
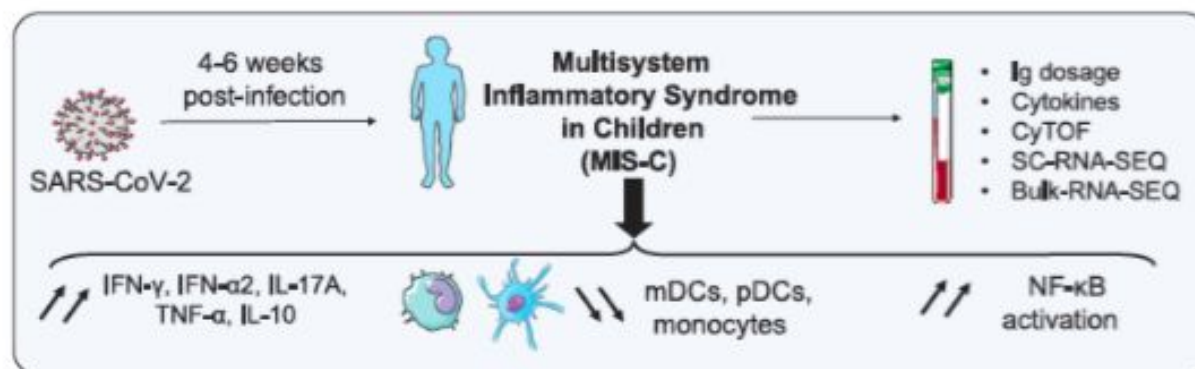
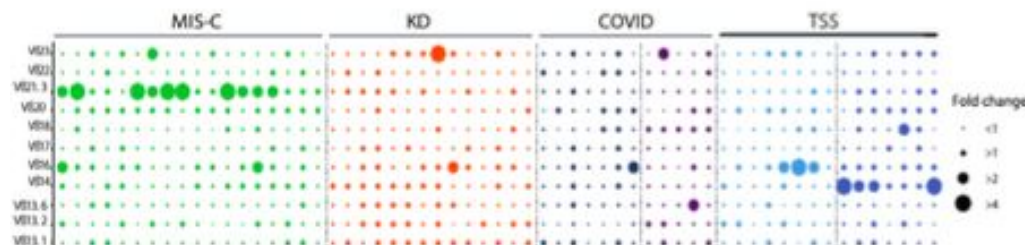
A monocyte/dendritic cell molecular signature of SARS-CoV-2-related multisystem inflammatory syndrome in children with severe myocarditis

## • Répertoire Vbeta non dirigé contre antigènes SARS-CoV2

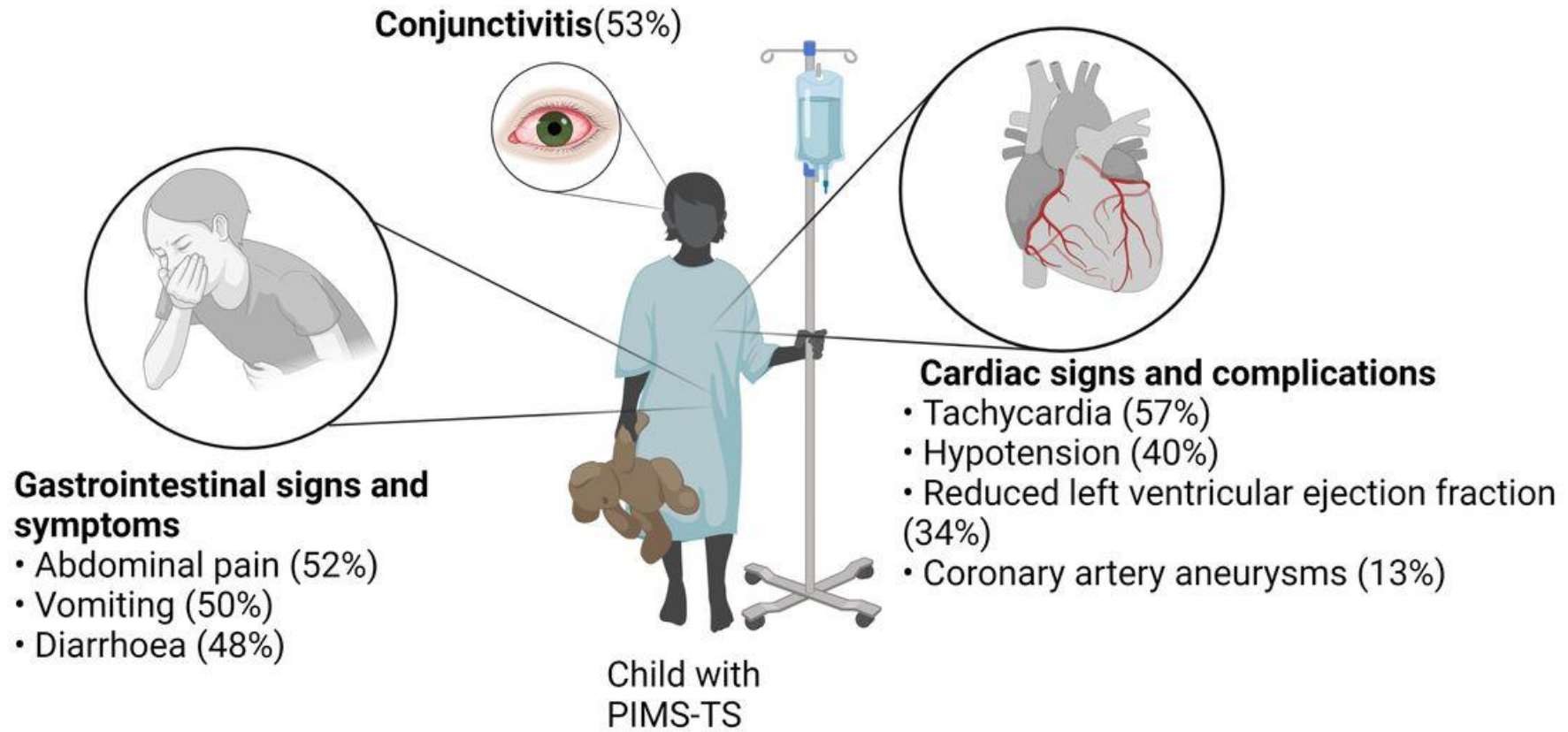
SCIENCE IMMUNOLOGY | RESEARCH ARTICLE

CORONAVIRUS

Polyclonal expansion of TCR V $\beta$  21.3<sup>+</sup> CD4<sup>+</sup> and CD8<sup>+</sup> T cells is a hallmark of multisystem inflammatory syndrome in children







**Laboratory abnormalities**

- CRP>100
- Raised Ferritin
- Lymphopenia
- Thrombocytopenia
- Neutropenia
- Raised Troponin, BNP and D-Dimer



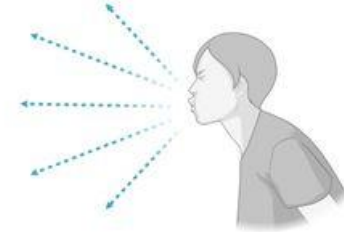
**Other signs and symptoms**



Fever(98%)



Rash(56%)



Cough(24%)

# IMPÉTIGO



Staphylocoque doré, streptocoque A



**INCUBATION:** 1 à 10 jours



Saison chaude et humide (été)



Période néonatale,  
Âges préscolaire et scolaire



**CONTAGIOSITÉ:** contamination  
par contacts



**ÉVICTION SCOLAIRE** pendant les  
2 premiers jours du traitement



- Bon état général
- Pas de fièvre
- Pas ou peu de prurit



Conjonctives normales



**SIGNE PARTICULIER.** Auto-inoculation  
rapide, lésions en miroir



**NE PAS CONFONDRE AVEC :** varicelle, zona,  
herpes simplex, piqûres d'insecte, dermite à rhus, mycose



**ÉVOLUTION.** Guérison rapide une fois  
traité.



**COMPLICATIONS (inhabituelles):**

cellulite, lymphangite, arthrite,  
septicémie, glomérulonéphrite



**FACTEURS DE RISQUE :** période néonatale,  
déficits immunitaires, promiscuité



**RISQUE EMBRYO-FCETAL** négligeable



**ÉRUPTION VÉSICULO-BULLEUSE ET  
CROÛTEUSE**



- Lésions vésiculo-bulleuses à contenu clair  
ou trouble de différentes tailles, à parois  
flasques et fragiles.
- Placards rouge vif, suintants et croûteux.
- Sites de prédilection: visage, aisselles,  
abdomen, siège.
- Élargissement et multiplication rapide des  
lésions.
- Parfois hyperpigmentation cicatricielle.
- Pas de lésions muqueuses.



**TRAITEMENT** antibiothérapie orale de  
préférence à antibiothérapie topique



**PRÉVENTION.**  
Soins d'hygiène rigoureux



## MALADIE "MAINS-PIEDS-BOUCHE"



Virus coxsackie A 16, A6 et autres entérovirus



**INCUBATION:** 3 à 6 jours



Printemps, été et automne



Âge préscolaire et scolaire



**CONTAGIOSITÉ:** pendant les 7 jours suivant le début du rash



**ÉVICTION SCOLAIRE** au besoin (selon état clinique)



- Bon état général
- Pas ou peu de fièvre
- Dysphagie, anorexie



Conjonctives normales



**SIGNE PARTICULIER.** Distribution des lésions



**NE PAS CONFONDRE AVEC :** varicelle, stomatite herpétique, herpès



**ÉVOLUTION.** Guérison spontanée en près d'une semaine



**COMPLICATIONS:** déshydratation, myocardite, méningo-encéphalite (entérovirus 71), onychomadèse (coxsackie A6)



**FACTEURS DE RISQUE :** déficit immunitaire, infection à entérovirus 71



**RISQUE EMBRYO-FŒTAL** négligeable



### ÉRUPTION VÉSICULEUSE



- Vésicules à contenu clair ou citrin cernées d'un liseré rouge ou maculo-papules situées au niveau des mains et des pieds
- Lésions maculo-papuleuses au niveau des fesses et sur le haut des cuisses
- Parfois éléments papulo-vésiculeux au niveau du tronc et des membres
- Chez la fille, présence possible de lésions vésiculeuses au niveau des régions inguinales et vulvo-périnéale
- Lésions aphteuses au niveau des muqueuses buccales et sur les lèvres
- Pas d'atteinte des muqueuses conjonctivales



**TRAITEMENT** symptomatique



**PRÉVENTION.** Informer et rassurer. Conseils d'hygiène

## Coxsackie virus (A16)

Survient par épidémie ou de façon sporadique • Peu de fièvre, guérit en 3-6 j

**Mains, Pied** : Faces palmo-plantaires, sillons interdigitaux.

**Bouche** : Stomatite ulcéreuse: éruption vésiculo-aphteuse ;  
gencives, face interne joues, langue





# Syndrome pieds-mains-bouche



# ROSÉOLE



Herpes virus humain de type 6 (HHV-6B)



**INCUBATION:** une dizaine de jours



Toutes saisons



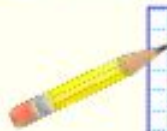
Surtout entre 6 et 24 mois



**CONTAGIOSITÉ:** pendant la phase fébrile



**ÉVICTION SCOLAIRE:** retrait du service de garde souhaitable pendant la phase fébrile



- État général plutôt bon
- Forte fièvre
- Irritabilité
- Tympanes congestifs



Conjonctives normales



**SIGNE PARTICULIER.** Fièvre de 3 jours puis éruption



**NE PAS CONFONDRE AVEC :** autre exanthème virale (entérovirus, rubéole, rougeole), rash allergique



**ÉVOLUTION.** Guérison habituelle complète en moins d'une semaine



**COMPLICATION:** convulsion fébrile, hypertension intracrânienne bénigne, méningo-encéphalite, hépatite, myocardite



**FACTEURS DE RISQUE:** transplantation, déficit immunitaire (réactivation virale possible)



**RISQUE EMBRYO-FŒTAL** négligeable



## ÉRUPTION MACULO-PAPULEUSE



- Maculo-papules rosées se localisant préférentiellement au niveau du tronc (surtout abdomen et région lombaire) et du visage (front).
- Éruption apparaissant dans les 24 à 48 heures qui suivent le retour de la température à la normale et disparaissant en moins de 3 jours, sans desquamation, ni pigmentation
- Parfois présence de petites lésions maculo-papuleuses au niveau du palais mou (taches de Nagayama)



**TRAITEMENT** symptomatique



**PRÉVENTION.** Soins d'hygiène habituels

# Roséole

- HHV6
- 6-24 mois
- Fièvre 39-40 (3 j )  
mais bon état général
- J4 : Chute brutale de la T°.  
Rash maculaire ou maculo-papulaire discret.









# SCARLATINE



Streptocoque  $\beta$ -hémolytique du groupe A



**INCUBATION:** 2 à 5 jours



Toutes saisons



Surtout âge scolaire



**CONTAGIOSITÉ:** maximale au stade aigu; pendant plusieurs jours ou semaines en l'absence de traitement



**ÉVICTION SCOLAIRE:** jusqu'au rétablissement de l'enfant.  
Contagiosité quasi nulle après 24 heures d'antibiothérapie



- État général  $\pm$  bon
- Fièvre
- Mal de gorge, dysphagie
- Douleurs abdominales
- Nausées, vomissements
- Adénopathies cervicales



Conjonctives normales



**SIGNE PARTICULIER.** Signe de Pastia, langue framboisée



**NE PAS CONFONDRE avec :** dermite de contact, maladie de Kawasaki, allergie, rougeole



**ÉVOLUTION.** Guérison rapide sous antibiothérapie



**COMPLICATIONS:** abcès péri-amygdalien, rhumatisme articulaire aigu, glomérulonéphrite aiguë



**FACTEURS DE RISQUE :** antécédents de rhumatisme articulaire aigu, de glomérulonéphrite aiguë



**RISQUE EMBRYO-FŒTAL** négligeable



## ÉRUPTION ÉRYTHÉMATEUSE



Éruption généralisée prédominant au niveau de la face antérieure du tronc

- Pâleur du pourtour de la bouche et du nez si érythème du visage
- Peau rouge et rêche; éruption plus foncée au niveau des plis de flexion (signe de Pastia)
- Amygdales rouges et exsudatives, pétéchies au niveau du palais, langue saburrale puis rouge framboise

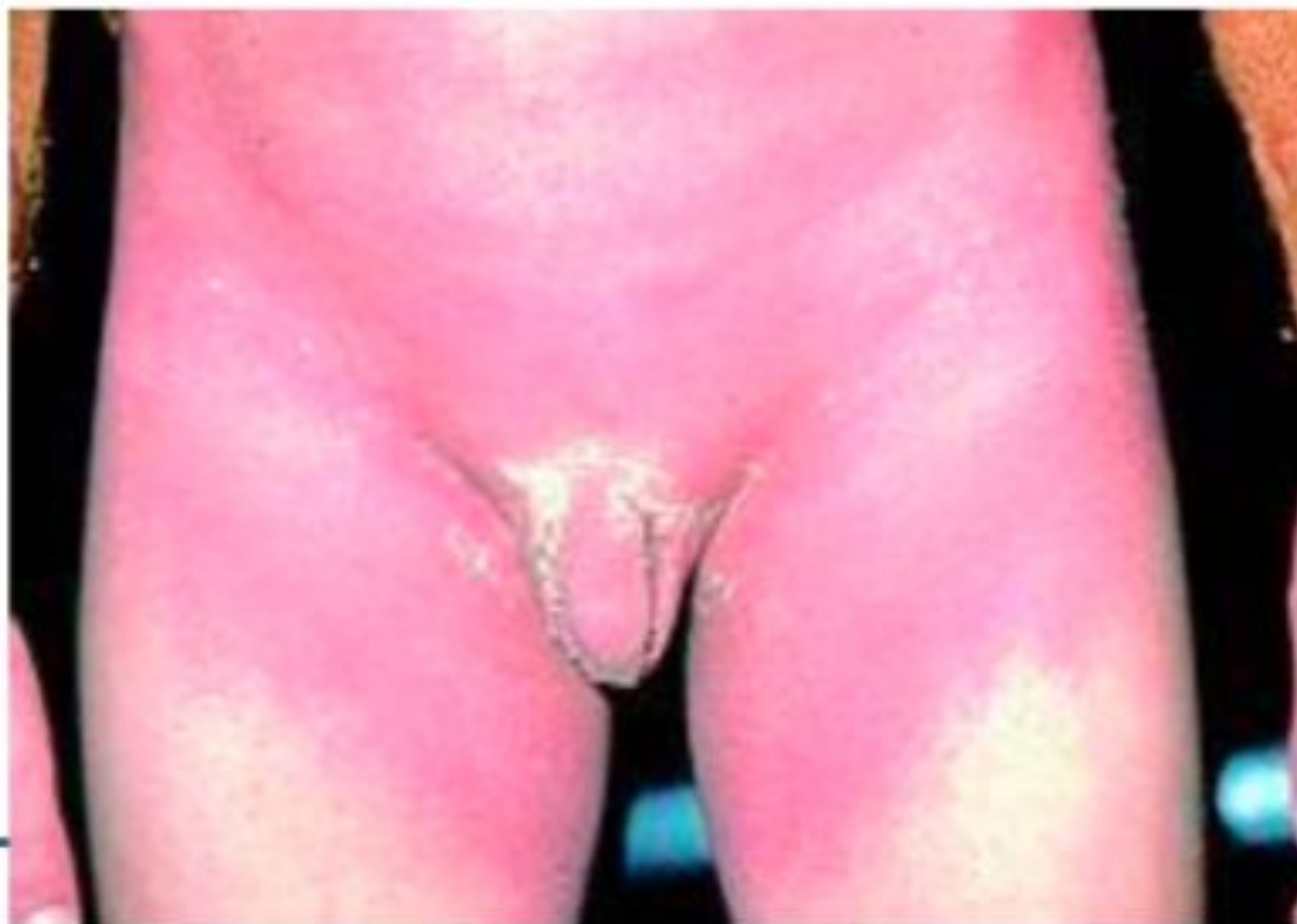


**TRAITEMENT** antibiothérapie orale pendant 10 jours



## PRÉVENTION.

Contacts normaux : surveiller  
Contacts à risque: culture de gorge





# Scarlatine

Strepto A ++

**Amoxicilline 50 mg/kg/j**

Durée : 6 jours

- Enfant > 3 ans (pic 5-10 ans)
- Début brutal fièvre, 39° C
- Eruption sans intervalle de peau saine, ↗ plis
- Langue blanche puis «V lingual» puis framboisée



- Angine TDR +
- Desquamation en «doigts de gant» après le 8ème jour



# PURPURA FULMINANS: Méningococcémie

**PURPURA FULMINANS = Urgence absolue !!!**

- Purpura extensif bilatéral et symétrique avec atteinte des extrémités.
- Evolution possible vers une nécrose cutanée



## **PURPURA FULMINANS: Méningococcémie**

- Eruption : Eléments purpuriques généralisés, pétéchies ou ecchymoses
- Généralisation très rapide à l'ensemble du corps Elargissement et multiplication des lésions, puis lésions bulleuses et placards nécrotiques.
- Tableau septicémique
- Fièvre élevée, céphalées, douleur abdominale, vomissement, apathie, prostration, irritabilité.
- Purpura fulminans
- Purpura extensif , pâleur, cyanose , extrémités froides , choc , coma.





# PURPURA MÉNINGOCOCCÉMIQUE



*Neisseria meningitidis*



**INCUBATION:** 1 à 10 jours



Toutes saisons



Tous âges mais surtout avant 5 ans



**CONTAGIOSITÉ:** jusqu'à la fin du 1<sup>er</sup> jour d'antibiothérapie



**ÉViction SCOLAIRE** jusqu'au rétablissement de l'enfant



**Tableau septicémique:** fièvre élevée, céphalée, douleurs abdominales, vomissements, toxicité, adynamie, prostration, irritabilité, frissons, arthralgies, myalgies.

**Purpura fulminans:** purpura extensif, pâleur, cyanose, extrémités froides, collapsus, choc, coma, décès



Hémorragies conjonctivales possibles



**SIGNE PARTICULIER.** Purpura fébrile (*tout purpura fébrile est a priori méningococcémique*)



**NE PAS CONFONDRE AVEC :** purpura thrombopénique, purpura de Henoch-Schönlein, syndrome hémolytique urémique, maltraitance, purpura en cocarde



**ÉVOLUTION.** bon pronostic si traitement précoce et absence de purpura fulminans



**COMPLICATIONS:** choc septique, coagulation intravasculaire disséminée, méningite, arthrite, pneumonie, péricardite, nécroses cutanées, gangrène des extrémités



**FACTEURS DE RISQUE :** promiscuité (famille, garderie, école, pensionnat), déficits immunitaires



**RISQUE EMBRYO-FŒTAL** négligeable en l'absence d'infection maternelle



## ÉRUPTION PURPURIQUE



Éruption purpurique généralisée.

- Après apparition des premiers éléments purpuriques, pétéchies ou ecchymoses, généralisation très rapide du purpura, élargissement et multiplication des taches purpuriques puis apparition de lésions bulleuses et de placards nécrotiques
- Hémorragies muqueuses



**TRAITEMENT.** Antibiothérapie iv et hospitalisation dans une unité hospitalière de réanimation pédiatrique intensive



**PRÉVENTION.** Chimio prophylaxie pour l'entourage familial et scolaire immédiat et les contacts étroits



# SSSS

- Epidermolyse bulleuse extensive très grave
- Toxine exfoliante du **Staph. aureus**



Epidermolyse aigue staphylococcique  
Foyer infectieux: impétigo facial

Photo: Dr P Del Giudice, Dr T Hubiche Unité Dermatologie  
Infectiologie CHU Fréjus



# SSS syndrome



**SSSS**



Figure 7.19. Syndrome de la peau ébouillante (SSSS) – croûtes et desquamation typiques au niveau de la face.



Figure 7.18. Syndrome de la peau ébouillante (SSSS) – érythème douloureux et croûtes péribucales caractéristiques.



Figure 7.21. Syndrome de la peau ébouillante (SSSS) – localisation à la région inguinale.



Figure 7.17. Syndrome de la peau ébouillante (SSSS) – chez un nouveau-né; cultures vaginales positives pour *Staphylococcus aureus* chez la mère.

# Syndrome de Lyell





# Syndrome de Stevens johnson





# SYNDROME DE STEVENS-JOHNSON



Médicaments (sulfamides, pénicillines, etc.), agents infectieux (mycoplasma pneumoniae, entérovirus, etc.). Souvent cause non identifiée



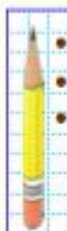
Toutes saisons



Tous âges



**ÉVICTION SCOLAIRE** jusqu'au rétablissement de l'enfant



- État général  $\pm$  altéré
- Fièvre, malaise général, myalgies
- Dysphagie, larmoiement, toux, douleurs abdominales, diarrhée, dysurie



Yeux rouges et larmoyants



**SIGNE PARTICULIER.** Atteinte muqueuse pluri-orificielle



**NE PAS CONFONDRE AVEC :** choc toxique, maladie de Kawasaki, érythrodermie bulleuse staphylococcique



## ÉRYTHÈME VÉSICULO-BULLEUX



- Éruption maculo-papuleuse ou érythémateuse avec éléments vésiculo-bulleux, exfoliation cutanée (signe de Nikolsky), placards rouge vif, suintants et croûteux.
- Oedème palpébral, hyperhémie et hémorragies conjonctivales, ulcérations cornéennes.
- Hyperhémie, œdème, ulcérations douloureuses des lèvres, de la bouche et des narines; lésions bulleuses et dépôts membraneux à la face interne des joues.
- Vulvite ou balanite, urétrite et anite érythémateuses ou vésiculo-érosives

## ÉVOLUTION.

Guérison habituelle en 1 à 2 semaines



**COMPLICATIONS:** kératite, uvéite, pyodermie, pneumonie, septicémie, déshydratation, néphrite



## TRAITEMENT

Forme bénigne: traitement symptomatique

Forme sévère (altération de l'état général, lésions cutanées étendues, atteinte muqueuse importante): prise en charge multidisciplinaire (pédiatre, infectiologue, ophtalmologue, dermatologue)



