

# Item 94 : Maladies éruptives de l'enfant

---

---

**Collège National des Enseignants de Dermatologie**

**Date de création du document    2010-2011**

## Table des matières

<b>OBJECTIFS</b> .....	<b>3</b>
<b>I Aspects cliniques</b> .....	<b>3</b>
<b>I.1 Rougeole, rubéole, mégalérythème épidémique, exanthème subit</b> .....	<b>3</b>
<b>I.1.1 Caractéristiques sémiologiques</b> .....	<b>3</b>
<b>I.1.2 Complications</b> .....	<b>4</b>
<b>I.1.2.1 Rougeole</b> .....	<b>4</b>
<b>I.1.2.2 Rubéole</b> .....	<b>4</b>
<b>I.1.2.3 Mégalérythème épidémique</b> .....	<b>4</b>
<b>I.1.2.4 Exanthème subit</b> .....	<b>5</b>
<b>I.2 Mononucléose infectieuse</b> .....	<b>5</b>
<b>I.3 Scarlatine</b> .....	<b>5</b>
<b>II Diagnostic différentiel</b> .....	<b>7</b>
<b>II.1 Syndrome (adénocutanéo-muqueux) de Kawasaki</b> .....	<b>7</b>
<b>II.2 Autres viroses</b> .....	<b>8</b>
<b>II.2.1 Adénovirus</b> .....	<b>8</b>
<b>II.2.2 Infections à Entérovirus (Coxsackie, virus ECHO 9)</b> .....	<b>8</b>
<b>II.2.3 Syndrome du choc toxique</b> .....	<b>8</b>
<b>II.2.4 Éruptions médicamenteuses (toxidermies)</b> .....	<b>9</b>
<b>II.2.5 Maladies de système</b> .....	<b>9</b>
<b>III Conduite à tenir</b> .....	<b>10</b>
<b>III.1 Forte probabilité de « maladie éruptive »</b> .....	<b>10</b>
<b>III.2 Exanthème associé à d'autres manifestations viscérales</b> .....	<b>10</b>
<b>III.3 Exanthème fébrile</b> .....	<b>10</b>
<b>Points Essentiels</b> .....	<b>11</b>

## OBJECTIFS

ENC :

- Diagnostiquer et distinguer une rougeole, une rubéole, un mégalérythème épidémique, un exanthème subit, une mononucléose infectieuse, une scarlatine.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

Dans la majorité des cas, les fièvres éruptives infantiles correspondent à des viroses bénignes, parfois à des infections bactériennes.

Elles peuvent être les premières manifestations d'une affection potentiellement sévère.

## I ASPECTS CLINIQUES

---

### I.1 ROUGEOLE, RUBEOLE, MEGALERYTHEME EPIDEMIQUE, EXANTHEME SUBIT

#### I.1.1 Caractéristiques sémiologiques

À noter :

- l'OMS a pour objectif l'éradication de la rougeole d'Europe occidentale en 2007. Couverture vaccinale par le ROR (vaccin à virus vivants atténués, rougeole, oreillons, rubéole) encore insuffisante. La maladie est encore rencontrée ;
- la rubéole ou 3<sup>e</sup> maladie est une affection virale devenue rare avec la vaccination. Elle passe totalement inaperçue dans un cas sur deux.

Les caractéristiques sémiologiques des principales maladies éruptives virales sont résumées dans le Tableau 1.

**Tableau 1 : Maladies éruptives virales classiques**

	Rougeole	Rubéole	Mégalérythème épidémique	Exanthème subit
Âge	3–7 ans	2–10 ans et adultes	5–10 ans et adultes	6–24 mois
Incubation	10–15 jours	14–21 jours	5–14 jours	10–15 jours
Prodromes	Fièvre 39–40°C Catarrhe Conjonctivite Photophobie Enfant grognon	Fièvre modérée	Aucun	Fièvre à 40°C, tombant à 37°C le jour de l'éruption
Lésion élémentaire	Maculo-papuleuse, morbilliforme, confluente en placards	Macules rose pâle, morbilliforme parfois absente	Aspect de visage souffleté	Maculo-papules rose pâle
Topographie	Tête (derrière les oreilles) puis tronc et membres	Visage puis tronc et membres, atteinte des fesses (++)	Visage puis membres : érythème en « maille de filet » Adulte : « gants et chaussettes »	Cou, puis tronc, membres visage respecté
Énanthème	Signe de Köplik : taches blanches sur les faces internes des joues, avec halo inflammatoire	Macules ou pétéchies peu fréquentes	Macules rares, lésions aphtoïdes possibles	Petites papules érythémateuses du palais mou (spots de Nagayama) possibles
Autres signes	Toux	Adénopathies cervicales postérieures Lymphocytose ou plasmocytose sanguine	Aucun	Adénopathies cervicales, bombement de fontanelle possible
Guérison	8 à 10 jours desquamation fine	6 à 10 jours	6 à 10 jours	1 à 2 jours
Virus	Paramyxovirus	Togavirus	Parvovirus B19	Virus HHV6 parfois HHV7

## I.1.2 Complications

### I.1.2.1 Rougeole

Les complications de la rougeole sont *rare*s : méningo-encéphalite, pneumopathies, myocardite, kératite.

### I.1.2.2 Rubéole

La gravité de la rubéole est celle des atteintes congénitales en cas de contamination d'une femme enceinte.

D'où :

- la nécessité de vacciner les enfants entre l'âge de 12 et 18 mois par le ROR avec un rappel entre 11 et 13 ans ;
- la recherche d'anticorps antirubéoleux obligatoire dans la surveillance des grossesses ;
- lors de l'examen pré-nuptial, les femmes séronégatives doivent être vaccinées en évitant toute grossesse dans les 3 mois après le vaccin.

### I.1.2.3 Mégalérythème épidémique

Après la disparition de l'éruption du mégalérythème épidémique, il existe une possibilité de *résurgence*, même pendant plusieurs semaines, voire mois, au soleil, à la chaleur, à l'effort.

La responsabilité du *Parvovirus* est parfois difficile à établir, les immunoglobulines M (IgM) spécifiques pouvant persister pendant 6 mois.

#### I.1.2.4 Exanthème subit

Bombement de la fontanelle et survenue de convulsions dont on ne sait si elles sont à rapporter à l'hyperthermie ou à une encéphalite.

Une hépatite est également possible.

### I.2 MONONUCLEOSE INFECTIEUSE

C'est la forme *symptomatique* de la primo-infection par le virus d'Epstein-Barr (EBV). La forme silencieuse est la plus fréquente.

Elle touche les adolescents et les adultes jeunes.

Survient après 1 semaine d'un tableau général qui associe : fièvre, angine, adénopathies et souvent asthénie, splénomégalie, œdème des paupières.

L'éruption est très inconstante (5-10 % des cas) :

- le plus souvent morbilliforme ;
- elle régresse en quelques jours.

Les *complications viscérales* sont rares (hépatites, méningo-encéphalites).

Les *signes biologiques* sont une lymphocytose parfois très élevée avec des lymphocytes hyperbasophiles (syndrome mononucléosique).

Le diagnostic est confirmé :

- par MNI-test (ou *Monospot*) ;
- et éventuellement par une sérologie EBV caractéristique d'infection récente (IgM anti-antigène de capsid [anti-VCA] et absence d'anti-antigènes nucléaires [anti-EBNA]).

NB : en cas de prise d'une aminopénicilline (moins fréquemment d'autres antibiotiques) une éruption maculo-papuleuse confluente est quasi constante, sans signifier pour autant une « allergie ».

Si l'infection à EBV n'est pas déjà authentifiée, il est important de le faire pour éviter de contre-indiquer définitivement cet antibiotique.

### I.3 SCARLATINE

Le tableau clinique classique de la scarlatine streptococcique est devenu rare.

Il associe :

- un début brutal par une fièvre à 39-40°C, des douleurs pharyngées, des céphalées ;
- une angine rouge avec adénopathies sous-maxillaires ;
- au bout de 12 à 24 heures : un exanthème et un énanthème très évocateurs.

L'éruption débute au tronc, puis atteint les racines des membres, la base du cou, les plis de flexion et s'étend en 1 à 2 jours, mais respecte les extrémités (paumes, plantes) et la région péribuccale.

L'érythème en plages confluentes, grenu, s'effaçant à la pression, prédomine au tronc, à l'abdomen, aux fesses (cf. Figure 1).

**Figure 1 : Scarlatine**



L'atteinte linguale est très évocatrice avec une langue blanche, puis desquamative en partant de la pointe vers la base avec des papilles à nu. La langue est framboisée du 4<sup>e</sup> au 6<sup>e</sup> jour, totalement lisse vers le 9<sup>e</sup> jour, et à nouveau normale vers le 12<sup>e</sup> jour. L'exanthème disparaît en 8, 10 jours.

Entre le 10<sup>e</sup> et le 30<sup>e</sup> jour, une desquamation débute au tronc puis atteint les extrémités en « doigts de gants ».

Conduite à tenir :

- faire des prélèvements bactériologiques de la gorge ;
- prescrire un antibiotique antistreptococcique (pénicilline, macrolide).

D'autres germes que le streptocoque peuvent donner un tableau de scarlatine, en particulier le staphylocoque. Le tableau clinique est similaire à celui de la scarlatine classique, mais avec quelques nuances :

- absence d'angine et d'énanthème ;

- fièvre plus modérée, et mieux supportée ;
- érythème renforcé non seulement aux plis, mais également en péri-buccal ;
- desquamation plus précoce : 1 à 2 jours après l'apparition de l'érythème ;
- résolution complète de l'éruption en quelques jours.

La porte d'entrée staphylococcique est à rechercher : rhinopharyngite, ou conjonctivite.

## II DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

---

### II.1 SYNDROME (ADENOCUTANEO-MUQUEUX) DE KAWASAKI

C'est un syndrome inflammatoire (probablement en réaction à un agent infectieux ou toxique jouant le rôle d'un superantigène) qui s'accompagne d'une vasculite des artères de moyen calibre : risque de décès par anévrisme coronarien.

Le terrain est : enfant avant 5 ans, surtout chez le nourrisson ; légère prédominance masculine.

Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments cliniques. Des critères majeurs ont aussi été définis :

- une *fièvre élevée*, supérieure à 38,5°C, durant plus de 5 jours et ne répondant pas aux antibiotiques ;
- une *conjonctivite* avec œdème des paupières, sans kératite ;
- un *érythème pharyngé*, sans aphte, ulcération, ni bulle, associé fréquemment à une langue framboisée et à une chéilite ;
- un *exanthème* survenant vers la fin de la 1<sup>re</sup> semaine, variable : morbilliforme, puis scarlatiniforme, non prurigineux, sans vésicule ni bulle. Plusieurs poussées peuvent s'observer. Il régresse généralement en 1 semaine ;
- un *érythème palmo-plantaire* avec œdème induré des mains et des pieds surtout chez le nourrisson évoluant vers une desquamation scarlatiniforme à la 3<sup>e</sup> semaine (ce signe trop tardif ne doit pas être attendu pour mettre en route un traitement) ;
- des *adénopathies cervicales* aiguës, non inflammatoires, supérieures à 1,5 cm.

Certaines manifestations cliniques peuvent manquer.

Il n'y a *pas de signe biologique spécifique* mais un syndrome inflammatoire et une leucocytose à polynucléaires puis une thrombocytose.

Le *risque principal est cardiaque* avec des anévrismes coronariens qui apparaissent entre la 2e et la 4e semaine, des troubles du rythme cardiaque et la possibilité de décès par myocardite, infarctus, embolie cérébrale.

Une *hospitalisation est indispensable* pour échographie cardiaque, surveillance évolutive et mise en route d'un traitement associant immunoglobulines IV (2 g/kg en 1 ou 2 perfusions), et aspirine à doses anti-inflammatoires, pour réduire le risque d'atteinte coronarienne.

## **II.2 AUTRES VIROSES**

### **II.2.1 Adénovirus**

Les adénovirus donnent :

- chez l'enfant et l'adulte jeune : des syndromes adéno-pharyngo-conjonctivaux ;
- chez le nourrisson : des pneumopathies, bronchiolites et diarrhées.

Ils peuvent être à l'origine d'exanthèmes morbilliforme ou rubéoliforme, particuliers par leur localisation au visage et au tronc, et par leur brièveté.

### **II.2.2 Infections à Entérovirus (Coxsackie, virus ECHO 9)**

Les infections à *Entérovirus* s'accompagnent souvent d'une éruption fugace, surtout chez l'enfant de moins de 3 ans. Cette éruption touche principalement le tronc, puis les paumes et les plantes et s'accompagne d'un énanthème.

Ces infections surviennent surtout l'été.

Leur incubation est de quelques jours.

Les signes associés sont : fièvre, céphalées, anorexie et gastroentérite.

Le *syndrome mains-pieds-bouche* est une infection à *Coxsackie* s'accompagnant de vésicules ovalaires des mains et des pieds et d'un énanthème vésiculeux du voile du palais ; souvent, le tableau est incomplet.

### **II.2.3 Syndrome du choc toxique**

Touchant surtout l'adulte jeune il est rare chez l'enfant et associe :

- une fièvre au moins égale à 38–39°C ;
- une éruption cutanée scarlatiniforme ;
- un choc hypovolémique, ou hypotension ou vertiges en orthostatisme ;
- une atteinte polyviscérale (cœur, poumons, foie, muscles, reins, système nerveux).



L'hospitalisation s'impose en urgence.

### II.2.4 Éruptions médicamenteuses (toxidermies)

Cf. Item 181 : Iatrogénie. Diagnostic et prévention. Toxidermies ou réactions cutanées médicamenteuses : [http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato\\_30/site/html/1.html](http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_30/site/html/1.html).

Elles peuvent réaliser tous les types d'éruption.

Leur diagnostic est parfois difficile quand le médicament est prescrit pour un épisode fébrile, qui pourrait être annonciateur de l'éruption constatée.

Les médicaments le plus souvent en cause sont les antibiotiques et en particulier les  $\beta$ -lactamines, les sulfamides, les anticomitiaux et les anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Les arguments en faveur d'une cause médicamenteuse sont :

- le prurit ;
- le polymorphisme de l'éruption ;
- l'éosinophilie sanguine ;
- l'introduction d'un médicament 5 à 14 jours avant l'éruption.

### II.2.5 Maladies de système

Le *lupus érythémateux* est rare avant 12 ans : son début chez l'enfant est souvent bruyant avec des signes généraux et une éruption pas toujours évocatrice.

La *dermatomyosite juvénile* est un exanthème du visage et des mains pouvant simuler un mégalérythème, et des signes musculaires discrets (fatigabilité).

La *maladie de Still* (arthrite chronique juvénile) dont les manifestations articulaires apparaissent parfois après une fièvre éruptive isolée. L'éruption est fugace, faite de petites macules rosées, mesurant de quelques millimètres à quelques centimètres de diamètre, siégeant à la racine des membres et au tronc, survenant en fin d'après-midi et rapidement régressives. La fièvre est vespérale avec des clochers à 39-40°C précédés de frissons. Il existe une polynucléose neutrophile et un syndrome inflammatoire majeur. Hémocultures et recherches de foyers infectieux restent négatives.

### III CONDUITE A TENIR

---

Schématiquement, on peut distinguer trois situations cliniques.

#### III.1 FORTE PROBABILITE DE « MALADIE ERUPTIVE »

La très forte probabilité de « maladie éruptive » classique et bénigne de l'enfant (mégalythème, exanthème subit, rougeole, rubéole, varicelle, scarlatine...), se définit en fonction des :

- caractéristiques de l'éruption ;
- signes d'accompagnement ;
- données épidémiologiques.

En dehors d'un terrain particulier, il faut donner quelques conseils aux parents (surveillance de la fièvre, paracétamol, bonne hydratation).

En cas de scarlatine, il faut prescrire un antibiotique et après guérison vérifier l'absence de souffle cardiaque et de protéinurie.

#### III.2 EXANTHEME ASSOCIE A D'AUTRES MANIFESTATIONS VISCERALES

L'exanthème qui s'associe à d'autres manifestations viscérales et à une altération de l'état général évoquant un syndrome grave (Kawasaki, syndrome du choc toxique...) implique l'hospitalisation pour :

- préciser le diagnostic ;
- mettre rapidement en route un traitement.

#### III.3 EXANTHEME FEBRILE

Dans le cas d'un exanthème fébrile qui n'est pas spécifique, qui reste isolé, ou s'associe à quelques autres manifestations, (arthralgies, myalgies, chéilite...), sans caractère de gravité, l'attitude est de :

- prescrire un traitement symptomatique ;
- s'assurer que l'enfant sera surveillé au domicile ;
- revoir l'enfant rapidement pour vérifier la régression des signes ;
- en cas de persistance ou d'aggravation : hospitaliser.

Il faut garder à l'esprit que c'est une situation fréquente, habituellement rapidement régressive et de pronostic favorable.

Habituellement, aucun examen complémentaire n'est indispensable sauf si l'on suspecte :

- une scarlatine (numération-formule sanguine [NFS], prélèvement de gorge) ;
- un syndrome de Kawasaki (NFS plaquettes, échographie cardiaque) ;
- cas très particuliers (enfant immunodéprimé, contact avec une femme enceinte) : les examens sérologiques ou la recherche d'une virémie (PCR), sont seuls capables d'établir avec certitude la cause précise d'une éruption virale.

## **POINTS ESSENTIELS**

---

- Les fièvres éruptives infantiles correspondent surtout à des viroses exanthématiques ne justifiant que des traitements symptomatiques.
- Il n'existe aucun lien univoque entre un type d'exanthème, ou de maladie éruptive, et un agent infectieux donné.
- L'hospitalisation est nécessaire uniquement si l'exanthème s'associe à un ensemble d'autres manifestations viscérales aggravant l'état général de l'enfant.
- Les examens complémentaires sont inutiles sauf si : l'enfant est immunodéprimé ; le contexte de survenue particulier ; l'enfant a une femme enceinte dans l'entourage.
- les diagnostics à ne pas manquer sont : le syndrome de Kawasaki chez le nourrisson (urgence thérapeutique) ; la mononucléose infectieuse chez l'adolescent recevant une aminopénicilline (il n'est pas allergique aux pénicillines).