



ERUPTIONS FÉBRILES EN PÉDIATRIE...

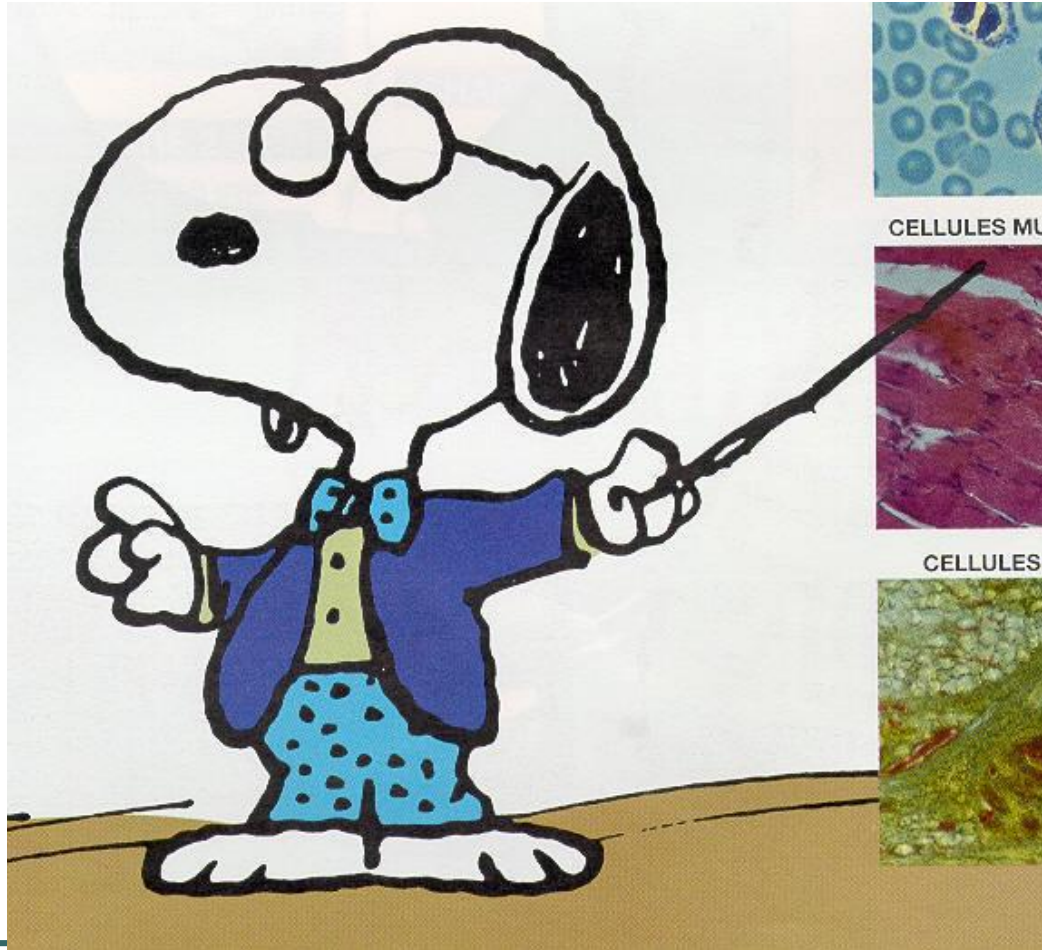


...ce n'est pas toujours
une simple virose !!!

Caractéristiques générales

- fréquent et polymorphe
 - Motif de consultation très fréquent
 - Lésions rarement spécifiques : « c' est viral... »
- **Gravité : tous les stades**
 - Du très bénin : roséole et autres fièvres éruptives simples..
 - Au gravissime : purpura fulminans, fasciite nécrosante

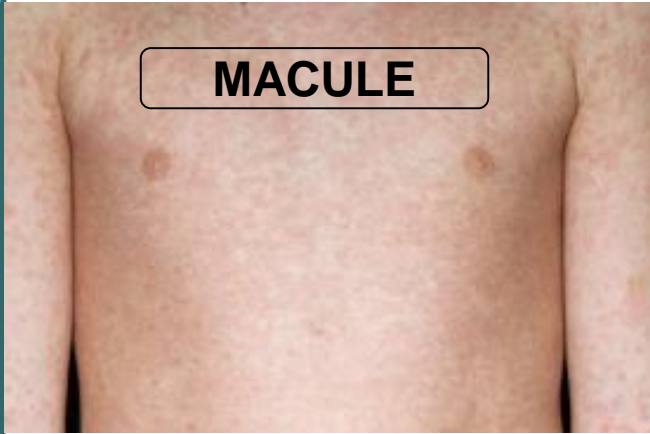
Quelques rappels sur les fondamentaux..



**Toujours examiner un enfant
TOUT NU !!!**

La lésion élémentaire : c' est quoi !?!

MACULE



MACULE



MACULE



PAPULE



Morve

- rouge
- élém
- inter

VESICULE



tiniforme:

- vif
- acards continus
- tervalle de peau saine

PURPURA



BULLE



Les fondamentaux

1. Extension / Evolution
 - Intervalles de peau saine ou non
 - Atteinte muqueuse ? (évanthème)
 - Zone de début
 - Vitesse d' extension le cas échéant
2. Atteinte de la barrière cutanée (érosion, décollement)
3. Vasodilatation ou extravasation (vitropression?)
3. Prurit ?
4. Retentissement général ???
 - Fièvre, état général,
 - Hémodynamique, conscience..
5. Statut vaccinal et antécédents

Eruptions « simples »



Caractéristiques

- Nature de l' éruption :
 - Macules ou maculopapules +/- étendues
 - Disparition à la vitropression +++
 - Non douloureuses
 - Parfois prurigineuses
- Signes associés
 - Fièvre +/- élevée
 - Infection ORL d' allure virale
 - **Conservation de l' état général ++**

Conduite à tenir

- Ne pas tenter de faire le diagnostic !
 - Insister sur le caractère non spécifique
- Rassurer
 - Parfois spectaculaire mais bénin
 - Signe souvent la fin de la fièvre
- Traitement symptomatique
 - Antipyrétiques
 - Antihistaminiques si prurit...
- Rester vigilant si atypie !!!
 - QQ pièges (Rougeole, Kawasaki etc...)

Les grands classiques !



Léopold,

- 16 mois
- 38.5-39° c les dernières 48h, bien tolérée puis apyrétique
- Éruption ce jour, diffuse

???

Roséole infantile :

- Fièvre élevée, bien tolérée, souvent isolée
- durée qq jours
- Éruption fugace, à l'arrêt de la fièvre
- Loc préférentielle tronc ++
- Cause : HHV6-7





Mégalérythème épidémique

(5ème maladie)

- Grandes plaques maculo papuleuses
- Aspect « souffleté » du visage « en paire de claques »

PARVOVIRUS B19

● Syndrome GSS (Glove Socks Sd)

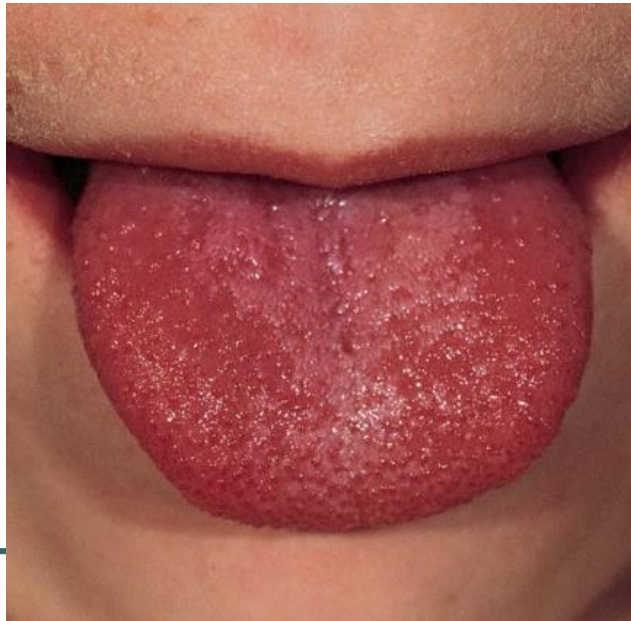
- Sd papulo purpurique gants et chaussettes
- Enanthème associé fréquent



NB : Attention si femme enceinte dans l'entourage proche !!!

Tom, 5 ans

- fièvre 39-40° depuis 3 jours
- Angine, vomissements, céphalées
- Éruption, ayant débuté au tronc



Scarlatine

- 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

Strepto A ++

Amoxicilline 50 mg/kg/j

Durée : 6 jours



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



Jules, 26 mois

- Né à terme, eutrophe.
- Pas atcd particulier, bonne croissance SP
- Gardé en crèche
- Vient vous voir le 12/09 pour des boutons



Quel diagnostic suspectez vous ?

Varicelle

- Quel(s) traitement(s) préconisez vous ?
 - Aciclovir per os
 - Je l' hospitalise pour le mettre sous Aciclovir IV
 - Je désinfecte les lésions
 - Je le mets sous paracétamol + AINS
 - Je mets des antihistaminiques

Varicelle

- Quel traitement préconisez vous ?
 - Aciclovir per os
 - Je l' hospitalise pour le mettre sous Aciclovir IV
 - Je désinfecte les lésions
 - Je le mets sous paracétamol + AINS
 - Je mets des antihistaminiques (si prurit)

→ Jusqu' à quand est-il contagieux ?

Apparition des dernières crôutes

Recommandations de Traitement par Aciclovir ssi :

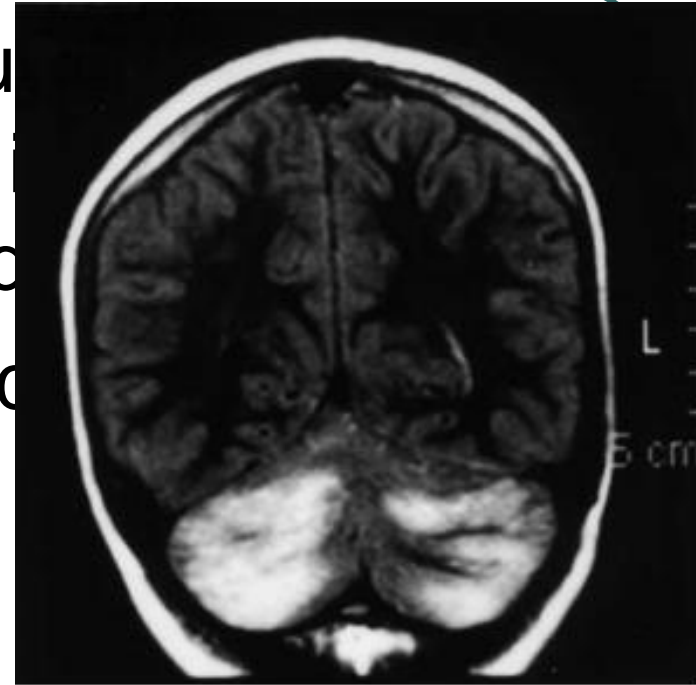
- varicelle déclarée du nouveau-né
- formes graves de varicelle chez l'enfant de moins de 1 an (*hors AMM*)
- le nouveau-né en prophylaxie si varicelle chez mère:
 - 5 jours avant
 - 2 jours après } l'accouchement
- varicelle compliquée, en particulier de pneumopathie varicelleuse

- Nouveau né : **20 mg/kg/8h**
- Enfant > 3 mois : **10 mg/kg/8h** ou **250 mg/m²** (x2 si atteinte méningée)
- 8-10 jours

La forme orale n'a pas sa place dans le traitement de la varicelle

HAS 2001

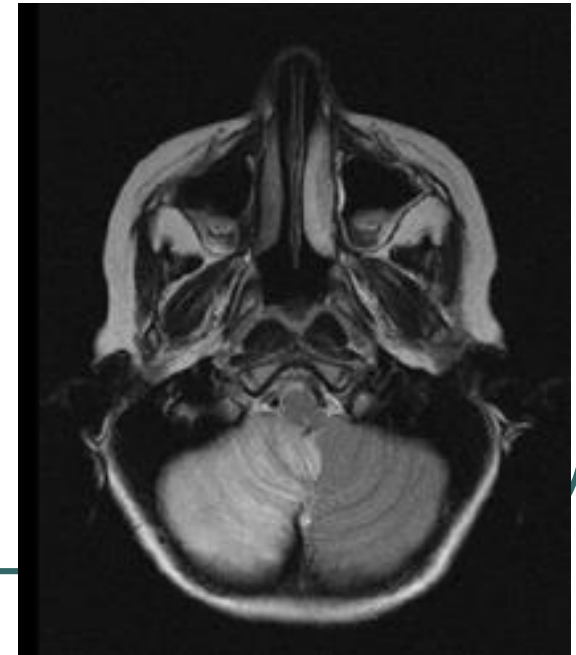
- Jules revient vous voir 15 jours après l'éruption de varicelle, mais que la maman vous dit « qu'il a des croutes sur ses jambes et lui répète qu'il a encore des croutes de fin de varicelle
- Il est apyrétique et a encore des croutes de fin de varicelle



- Que suspectez vous ?

→ **Cérébellite post varicelleuse**

- + fréquent : 1/4000
- Evolution spontanément favorable
- CI à la PL !!!



La maman vous explique qu' il a joué avec son cousin il y a 3 jours atteint d' une maladie de Crohn sous anti-TNF, mais ce dernier n' a pas sorti de bouton.

1. Pouvez vous rassurer la maman ?

→ Non phase incubation moyenne 14 jours

2. Que faites vous pour le cousin ?

- rien

- je l' adresse à son pédiatre dans la semaine

- je l' adresse en urgences à son pédiatre pour le vacciner (vaccin anti VZV)

- je l' adresse aux urgences pédiatrique pour lui faire des Immunoglobulines anti VZV

- je l' adresse aux urgences pédiatrique pour lui faire des Immunoglobulines + vaccin anti VZV

La maman vous explique qu'il a joué avec son cousin il y a 3 jours, atteint d'une maladie de Crohn sous anti-TNF, mais ce dernier n'a pas sorti de bouton.

1. Pouvez vous rassurer la maman ?

→ **Non phase incubation moyenne 14 jours**

2. Que faites vous pour le cousin ?

- rien

- je l'adresse à son pédiatre dans la semaine

- je l'adresse en urgences à son pédiatre pour le vacciner (vaccin anti VZV)

- **je l'adresse aux urgences pédiatriques pour lui faire des Immunoglobulines anti VZV**

- je l'adresse aux urgences pédiatrique pour lui faire des Immunoglobulines + vaccin anti VZV

Prophylaxie post exposition varicelle

1. VACCIN : dans les 72 h suivant le contage ++

- Sujet > 12 ans et adulte immunocompétent non immun
- Evite 90% varicelles, 100% formes graves

2. IMMUNOGLOBULINES ANTI-VZV : dans les 96h ++

- Immunodéprimé
- Femme enceinte
- Nouveau né dont la mère a déclaré une varicelle J-2 à J+5 de l'accouchement
- Contage varicelle chez un prématuré <28 SA et PN < 1kg

Indications vaccination VZV

- **adolescents de 12 à 18 ans** sans atcd clinique de varicelle ou dont l'histoire est douteuse (contrôle sérologique préalable peut être pratiqué)
- **femmes en âge de procréer**, sans antécédent clinique de varicelle :
 - ayant un projet de grossesse (contraception 3 mois post vaccination !!!)
 - ou dans les suites d'une première grossesse
- toute personne sans antécédent de varicelle (ou dont l'histoire est douteuse) et dont la sérologie est négative, en **contact étroit avec des immunodéprimées**
- candidats receveurs, dans les six mois précédant une **greffe d'organe** solide, sans antécédents de varicelle + sérologie négative

Prophylaxie post exposition : **dans les 3 jours suivant l'exposition**

En milieu professionnel (si pas atcd de varicelle)

- professionnels en contact avec la petite enfance
- professions de santé en formation, en priorité dans les services accueillant des sujets à risque de varicelle grave (immunodéprimés, obstétrique, pédiatrie, SMIT, néphrologie).

- La maman de Jules revient vous voir 1 mois après avec la petite sœur, Clara, qui a également fait la varicelle après son frère, mais qui présente des boutons bizarres..



Prise en charge impétigo :

- **Éviction collectivité⁽¹⁾**
 - jusqu' à 72h après début ATB si per os
 - Jusqu' à guérison si ttt local uniquement
- Hygiène : douche quotidienne, ongles coupés, lavage des mains.
- Antiseptiques locaux pluriquotidiens.

(1) Conseil supérieur d'hygiène publique de France, mars 2003

Antibiothérapie ⁽²⁾ : cibles **Strepto A** et **Staph aureus**

Locale = Formes peu étendues
- < 2 % de la surface corporelle
- ≤ 5 sites lésionnels

acide fusidique ou **mupirocine**
2-3 x/ jour pendant 5-10 j

Formes + étendues
Antibio per os

amoxicilline-ac clavulanique
(pristinamycine si allergie)
pdt 7 jours

(2) Prescription des antibiotiques par voie locale dans les infections cutanées primitives et secondaires, Afssaps 2004

4 jours après, vous revoyez Clara, qui ne va pas vraiment mieux..et présente de nouveau de la fièvre depuis la veille



IMPETIGO BULLEUX : attention aux toxines !!!

Maladies exfoliantes staphylococciques

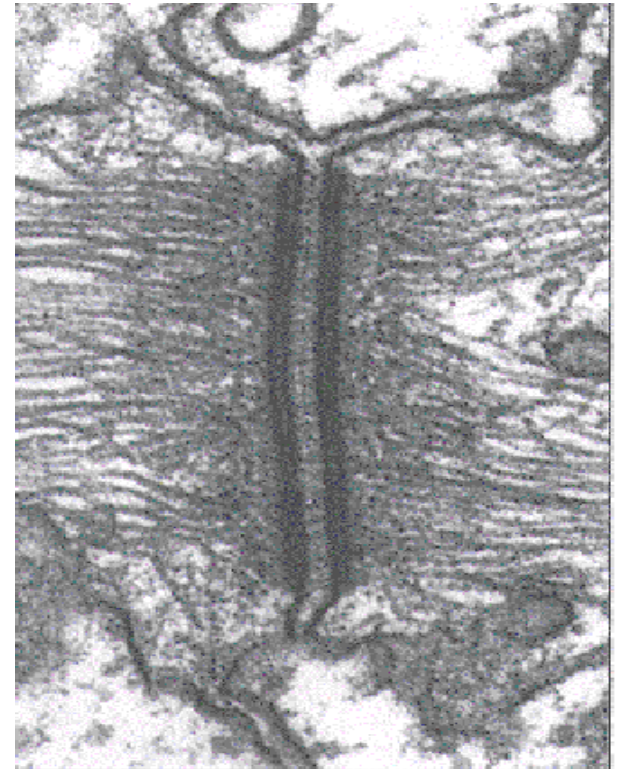
*Staphylococcal scalded skin
syndrome (SSSS)*

Physiopathologie

- Staphylococcus aureus
- Sécréteur **exfoliatines A et B**

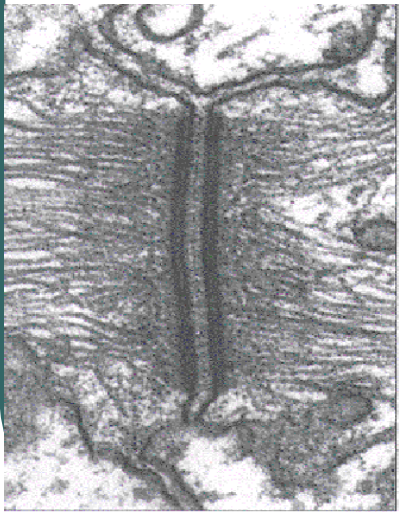
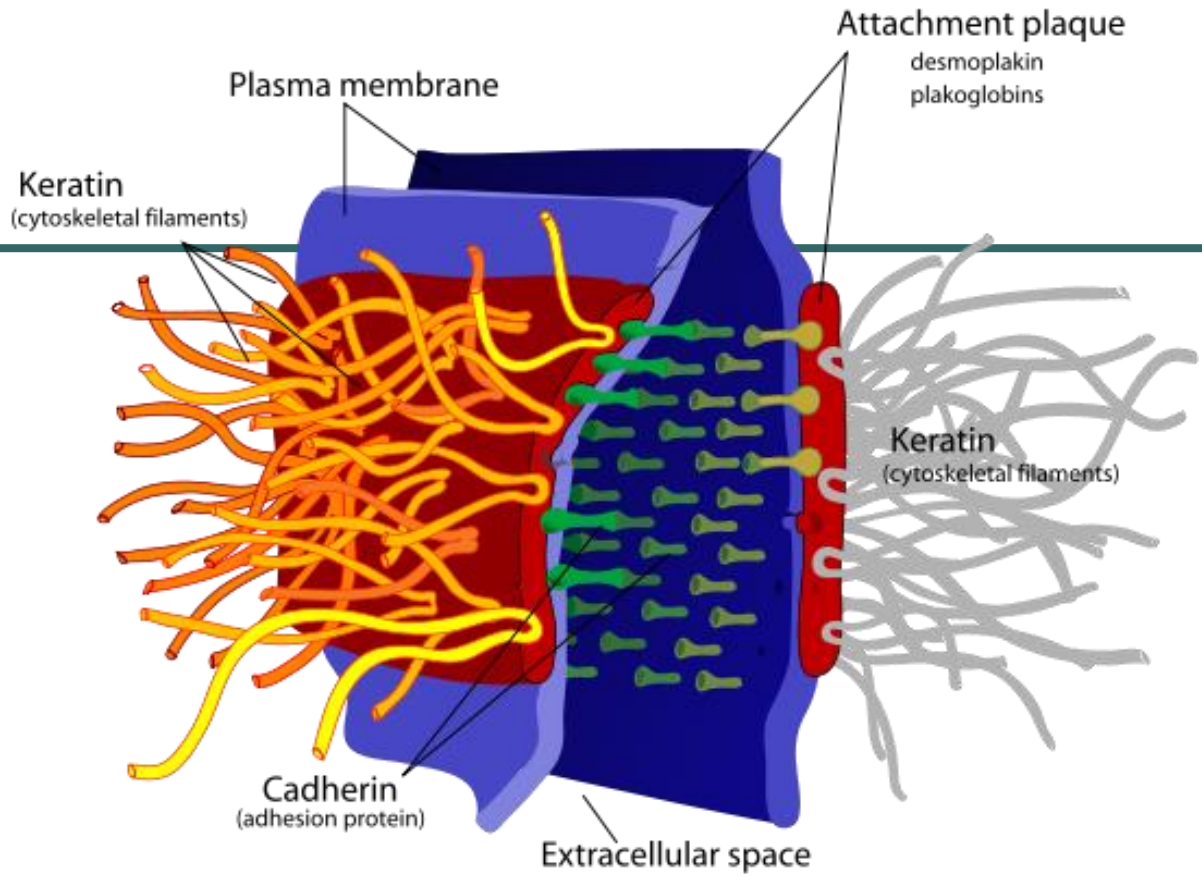


protéases des jonctions
intercellulaires de l' épiderme

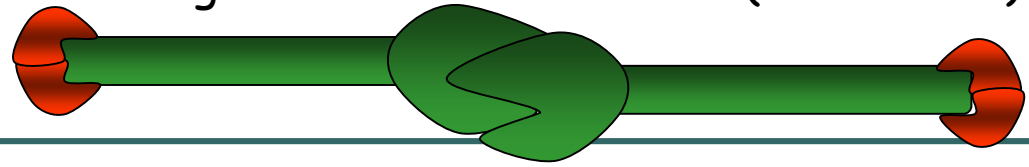


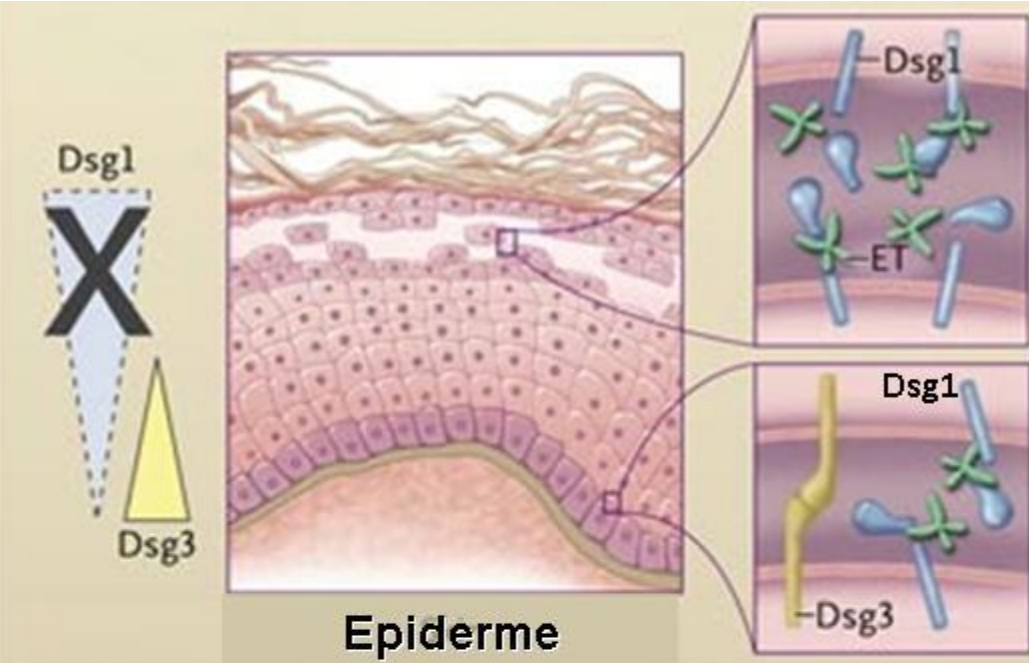
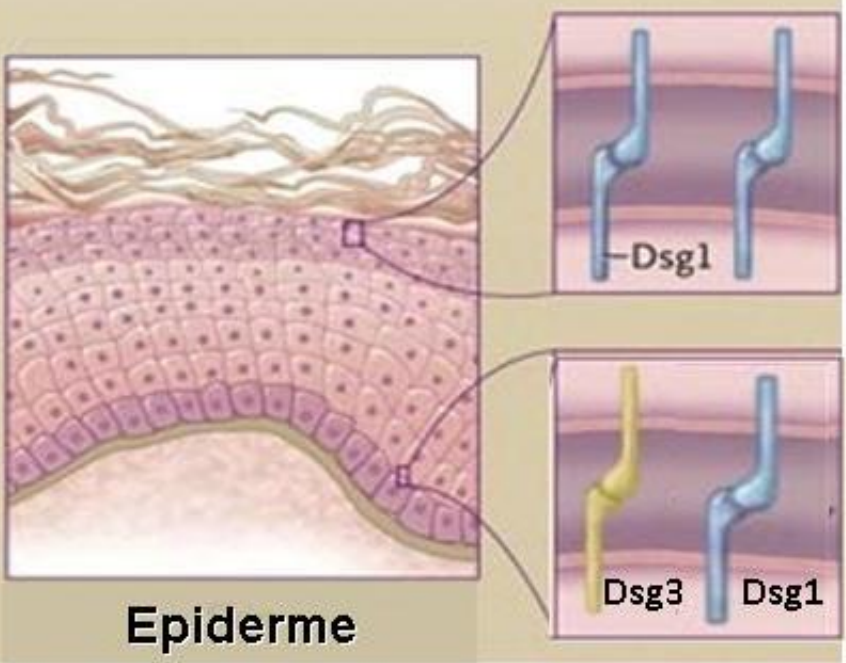
1)

0.1 μm

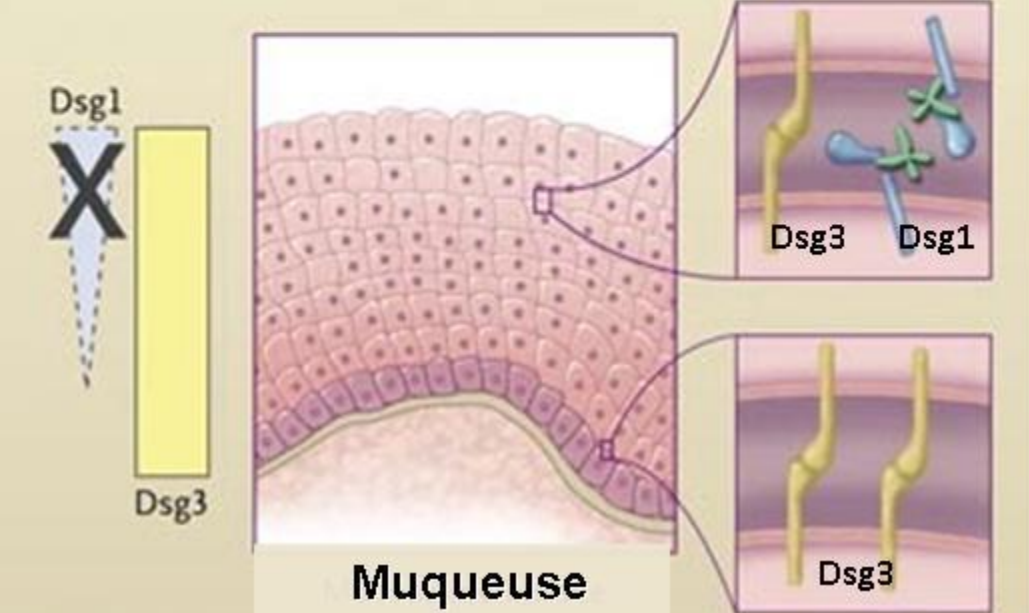
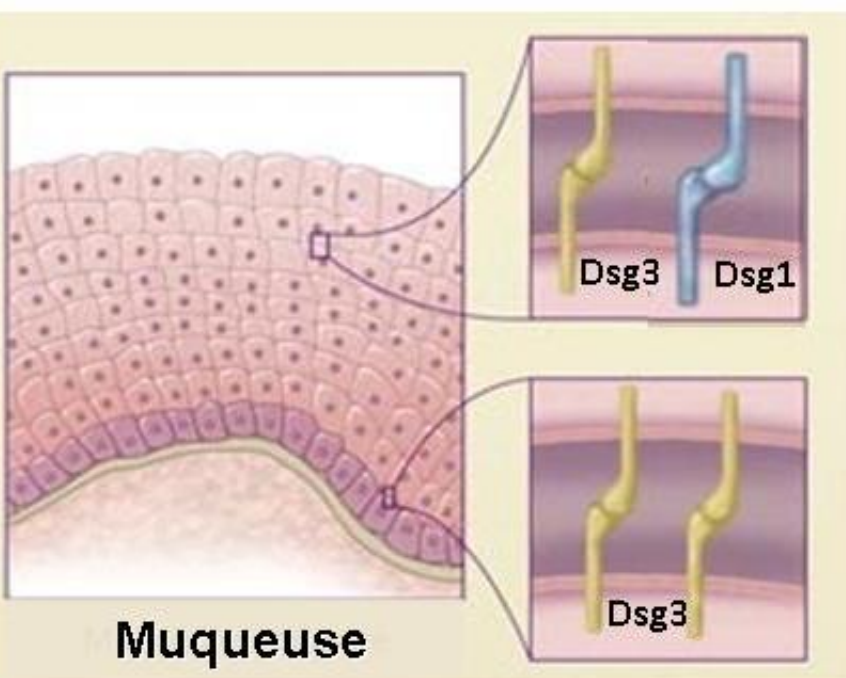


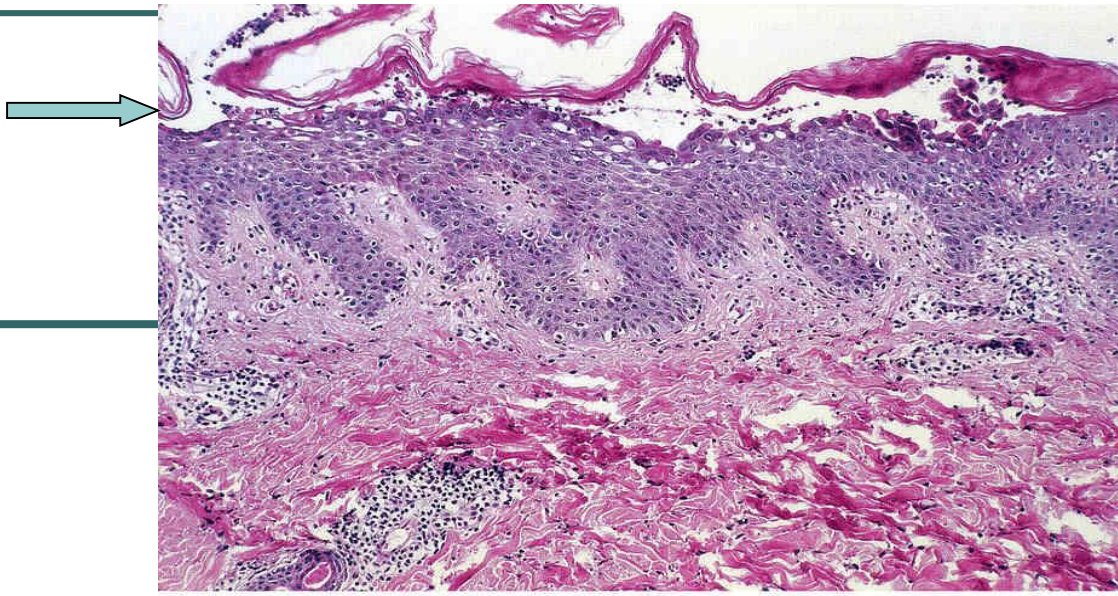
Desmogléines et desmocollines (cadhérines)





→ clivage des desmosomes reliant les cellules granuleuses de l'épiderme superficiel





© 2007 Elsevier Inc.



Impétigo bulleux



Maladie exfoliative généralisée

Clinique

- Fièvre, malaise général
- **PAS ATTEINTE MUQUEUSE ++**
- Apparition rapide de bulles puis +/- décollements (Nicolski +)
- Staph aureus absent des bulles
- **Guérison complète**



Impétigo bulleux

Atteinte localisée aux lésions préexistantes (impétigo, furoncle, folliculite)



MEG

- Atteinte prédominante périorificielle et des grands plis
- Erythrodermie douloureuse
- Signe de Nikolski +



Quelques jours après, vous recevez Théo, 11 mois, à la crèche avec Clara, qui a également fait une varicelle. Mais alors qu'il n'avait presque plus de boutons, il refait de la fièvre et a mal à la cuisse...





Dermohypodermite non nécrosante

- Cibles : strepto pyogenes (90%) >> S.aureus
- Début brutal
- sd infectieux: fièvre, frissons
- placard inflammatoire, peau tendue, chaleur, œdème
- Parfois lymphangite et ADP satellite

CI AINS ++

PEC dermohypodermite non nécrosante

- 1ere intention : **Amoxicilline 100-150 mg/kg**, 7-10 jours
 - per os si pas de critère de gravité, état général conservé
 - Traitement porte entrée
 - Repos
 - hospit au moindre doute ou évolution défavorable : ttt IV
- Si FDR Staph aureus : Augmentin (100mg/kg)
- Si allergie : pristinamycine ou clindamycine
- **Surveillance quotidienne** évolution ++:
 - Marquer l' éruption
 - douleur, extension, nécrose, signes généraux





Syndrome Pieds/Mains/Bouche



Site F. M.C. en Dermatologie
(C) Reproduction interdite
http://dermatologie.free.fr

Syndrome PMB

- Saison chaude
- Enfants < 5 ans
- Fébrile
- Vésicules et ulcère buccaux
- Vésicules et papules
 - Paumes/plantes
 - Fesses
 - Genoux
- Guérison spontanée en qq jours sans séquelles

Coxsackie A16

Gingivo-stomatite herpétique

- Primo-infection **HSV 1**
- Enfant 6m-4ans
- Fièvre élevée
- éruption vésiculeuse/ulcérations douloureuses ++:
 - langue,
 - muqueuses jugale, gingivale, palatine
 - +/-en péri-buccal
- Ttt antalgique +++
- Alimentation lisse froide, bains bouche
- Zovirax PO → si précoce < 48h ++
 - *NN* : 20 mg/kg/8h
 - *NRS* >3mois : 10 mg/kg/8h ou 250 mg/m²/8h
 - 8-10 jours

(HAS 2002)



Timothé, 5 ans

- Fièvre depuis 3 jours
- Rhinite
- asthénie



Erythème polymorphe

- maculopapules puis **cocardes** «typiques»
 - centre cyanique/purpurique ou vésiculo-bulleux,
- zones d'extension des membres,
- symétrique
- atteinte palmo-plantaire
- atteinte muqueuse inconstante péri-orificielle
- poussées successives pdt 1 à 4 sem
- Histologie: bulle intraépidermique par nécrose kératinocytaire

- **Etiologies infectieuses surtout**
 - virales: multiples mais prédominance **HSV ++**
 - **Mycoplasme +++**

- **Cause médicamenteuse** (AINS, anticomitiaux, ATB...)

Erythème polymorphe: prise en charge

- Azithro 3-5 jours
- Antalgiques
- Surveillance évolution
→ réévaluation ++

Sd de Steven Johnson



Thais, 2 ans

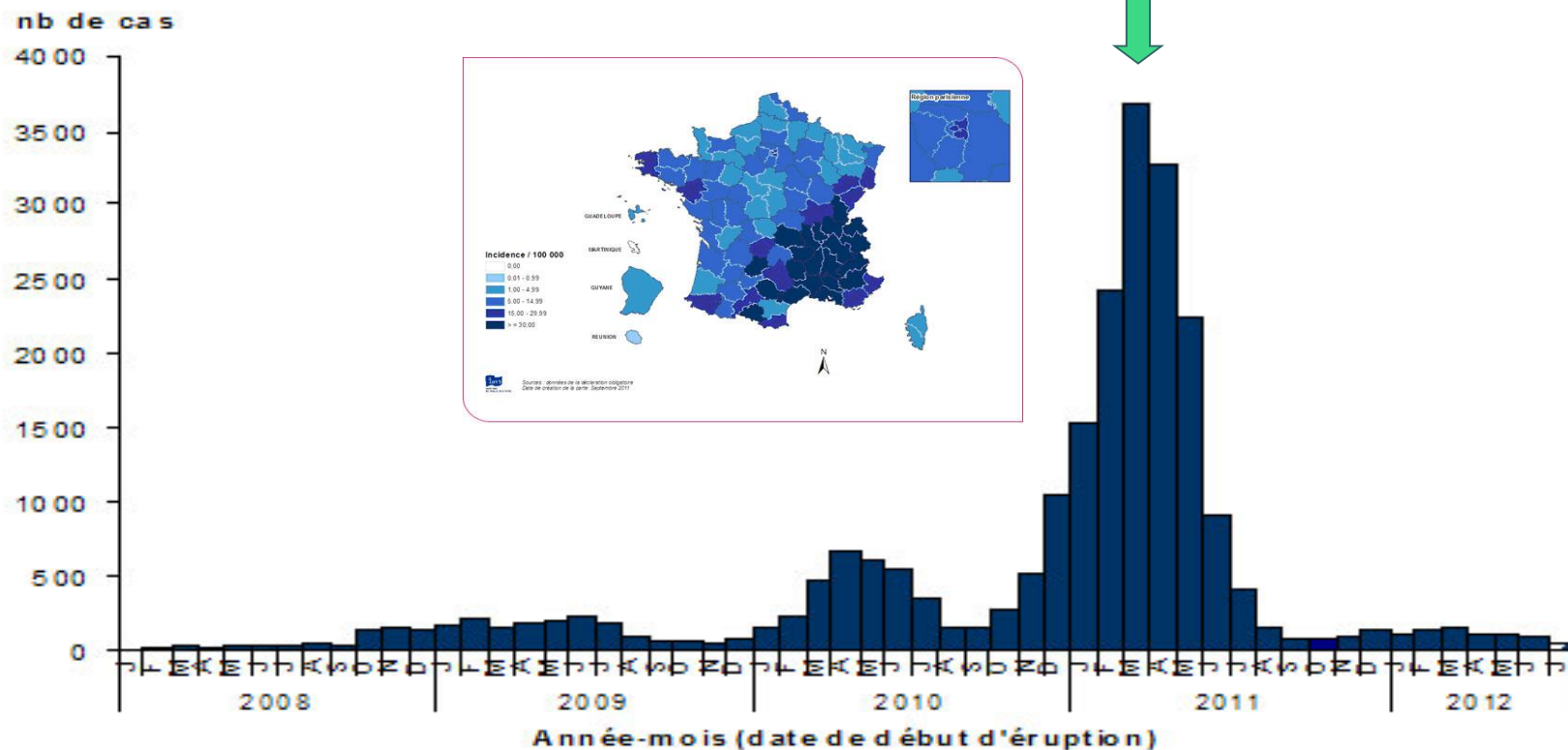
- Fièvre 39-40° depuis 5 jours
- Grognon, asthénie ++
- Rhinopharyngite marquée
- Conjonctivite
- Puis...





Rougeole !!!

- Oui cela existe encore !



Cas de rougeole par mois - Déclaration obligatoire, France, Janvier 2008 –aout 2012 INVS

Epidémie actuelle Aquitaine

- Depuis janvier 2018 : 429 cas
→ Incidence x 7
- 19 hospitalisations pour PNP sévère
- 6 patients réanimatoires
- 1 décès femme 32 ans non vaccinée

Tableau 2 - Couverture vaccinale rougeole "1 dose" et "2 doses" en fonction de l'âge et de la classe fréquentée au moment de l'enquête, France, 2001-2006

Année d'enquête	Niveau d'étude	Cohortes de naissances	CV "1 dose"	CV "2 doses"
2001-2002	CM2 (11 ans)	1990-1991	94,1%	56,8%
2002-2003	GSM (6 ans)	1997	93,3%	28,1%
2003-2004	3 ^e (15 ans)	1988-1989	93,9%	65,7%
2004-2005	CM2	1993-1994	95,7%	74,2%
2005-2006	GSM	1999-2000	93,3%	44,3%

Source : Drees, InVS, Desco.

La 2^{ème} dose de ROR est un rattrapage et non pas un rappel !!!

Incubation

J-14
Contage
(-7à-18)

Contagiosité

Phase
d'invasion

Eruption
Maculo-
Papuleuse

JO : Date de début de l'éruption

-J5

0

J3

J5

J7

J10

J12

28J



Figure 1 : Evolution clinique / biologique

Rougeole

- Evolution spontanément favorable en 15 jours
- Complications possible
 - **Neuro ++** :
 - encéphalite (1‰),
 - PESS (Panencéphalite sclérosante subaigüe): pls années après
 - **Pulmonaire** (SDRA) / laryngite
- Paraclinique :
 - Indispensable pour la prévention secondaire
 - PCR nasale, salive, : J-5 à J+12 éruption
 - IgM salivaire et/ou Sérologie
- DO depuis 07/2005

Prophylaxie post exposition sujets contacts +++ (1)

Nov 2017:
Retrait du
marché

- **Vaccin dans les 72h** si :
 - Âge > 6 mois : monovalent Rouvax[®] (puis calendrier standard ROR 2 doses dès 9 mois)
 - > 9 mois non vacciné : trivalent ROR
 - Adultes : trivalent ROR si a reçu 1 seule dose
 - Pas de CI vaccin vivant

Prophylaxie post exposition sujets contacts +++ (2)

- **Immunoglobulines polyvalentes :**

- après exposition à un cas confirmé
- **dans les 6 jours** qui suivent le contage.

Afssaps- Août 2011

- pour :

- femme enceinte non vaccinée et sans antécédents de rougeole.
- sujet immunodéprimé, quel que soit son statut vaccinal et ses antécédents avérés de rougeole.
- enfants < 6 mois
 - dont la mère présente une rougeole
 - ou n'a pas d'antécédent de rougeole et n'a pas été vaccinée
- NRS de 6 à 11 mois
 - non vaccinés en post-exposition dans les 72 h après contact
 - quel que soit le statut vaccinal de la mère ou ses antécédents de rougeole.

Attention : respecter un délai de 9 mois entre IgIV et vaccins

Sd Gianotti Crosti

= *Acrodermite papuleuse infantile*

- 1-5ans
- Papules rouges **extrémités** et **visage**
- +/-confluentes, respecte tronc
- Survenue brutale
- parfois prurigineux
- **Pas d'atteinte muqueuse**
- État général conservé

Etiologies virales:

- HBV, EBV, CMV, coxsackie, VRS...
- Guérison en qq semaines



Exanthème latéro-thoracique

Sd APEC (Asymmetric Periflexural Exanthem of Childhood)



- 1- 4ans
- Début axillaire, évolution centrifuge,
- placard érythémato-papuleux, eczématiforme ou scarlatiniforme
- En 8j : exanthème **hémicorporel**
- **respect paumes/plantes/visage.**
- Peut devenir bilat mais tjs asymétrique
- Guérison spontanée en 3-6 semaines

Oscar, 3 ans

- Fièvre depuis 6 jours
- Vu MT il y a 3 jours: quelques boutons sur le ventre aspécifique + rhinopharyngite + conjonctivite
→ mis sous paracétamol + tobrex collyre
- Les boutons ont rapidement disparu mais il a les mains gonflées et des « boules dans le cou »
- La maman n'en peut plus car il est très irritable, on ne peut pas le toucher.



Quel diagnostic évoquez vous ?

A ne pas rater : Maladie de Kawasaki

- **Fièvre** élevée mal tolérée ≥ 5 j
- **Énanthème** : chéilite, langue framboisée, pharyngite
- **Hyperhémie conjonctivale** bilatérale (non purulente)
- **Adénopathies** cervicales
- **Exanthème** : Éruption polymorphe (atteinte périnée)
- Oedème douloureux/érythème palmo-plantaire
- Desquamation en doigt de gant (tardif)

Biologie:

- sd inflammatoire marqué (GB, CRP)
- Thrombocytose (parfois thrombopénie initiale)
- hyponatrémie, hypoalbuminémie, cytolyse hépatique,
- leucocyturie aseptique

HOSPIT ++

Recherche complic^o

- Bilan cardio
- écho coeur



Anévrismes++

Ttt: Ig IV
aspirine

Surv cardio

Purpura

- Reconnaître le purpura

- pétéchiies +/- étendues
- vibices (trainées linéaire)
- Ecchymoses
- Ne disparaissent pas à la vitro-pression

- Caractériser le purpura :

- étendue initiale
- caractère extensif ? → marquer d'emblée
- caractère nécrotique



Purpura fulminans

pas le + fréquent mais le + grave !

- purpura ≥ 3 mm,
- Ecchymotique et/ou nécrotique, confluant
- extension rapide ++
- Signes d'accompagnement :
 - fièvre pas toujours très élevée
 - altération de l'état général
 - tachycardie, marbrures, allongement du TRC
 - HYPERTension
 - signes neurologiques même discrets
 - Douleurs musculaires (membres inf)



Purpura fulminans = URGENCE



- Ceftriaxone avant transfert hospitalier
 - 50 mg/kg chez enfant
 - IV si voie d'abord sinon IM
- Remplissage vasculaire ++
- 30% de décès si non fait...

Autres étiologies infectieuses :

- Rougeole :
 - purpura assez fréquent
 - attention aux rash morbilliformes précoces du méningocoque
 - délai par rapport au début de la fièvre
 - Énanthème, atteinte naso-conjonctivale, catarrhe
- Autres virus (entérovirus++)
 - EG conservé mais parfois méningite
 - Traitement antibio après PL
- Purpura thrombopénique para-infectieux : peut être contemporain de la fièvre
 - Attention aux IM de Ceftriaxone !

Purpura fébriles non infectieux

- Purpura mécanique (fréquent++)
 - toux ou vomissements importants
 - petites pétéchies, bien tolérées
 - localisation face et haut du tronc (cave supérieur)
- Purpura rhumatoïde

Purpura rhumatoïde



- Vascularite à dépôt IgA
- ♂ > ♀
- Pic 4 -7 ans
- purpura déclive, vasculaire (en relief, douleur)
- arthralgies (articulations en regard des poussées)
- douleurs abdominales parfois au 1^{er} plan
- Signes urinaires
- fièvre modérée, bien tolérée

- Purpura rhumatoïde = vascularite d'étiologie inconnue, avec des dépôts d'immuns complexes à IgA
- Enfant de 4 à 10 ans
- Prédominance saisonnière

PURPURA

- Survenue brutale
- Membres inférieurs, symétrique
- Aspect pétechial
- Augmenté par l'orthostatisme
- Evolution par poussées

ARTHRALGIES

- Grosses articulations

DOULEURS ABDOMINALES

ELIMINER

- Purpura infectieux
- Purpura thrombopénique idiopathique
- Hémopathie
- Urgence chirurgicale abdominale
- Maladie périodique, lupus, périartérite noueuse (biopsie cutanée - IgA)

- Etat général conservé
- Pas d'hépatosplénomégalie
- pas d'adénopathies

BIOLOGIE

- NFS /plaquettes et hémostase normales
- IgA sériques élevées
- Bilan rénal systématique +++

PURPURA RHUMATOÏDE

EVOLUTION
IMPRÉVISIBLE, PAR POUSSÉES, PAS DE TRAITEMENT

GUERISON SPONTANÉE
Habituelle

COMPLICATIONS

PRECOCES

A LONG TERME

DIGESTIVES

- Complications chirurgicales
 - hématomes pariétaux (duodénum)
 - IIA iléo-iléale
 - perforations intestinales
 - sténose duodénale
- Entéropathie exsudative

NEUROLOGIQUES

- Encéphalite
- Convulsions

AUTRES

- Orchite aiguë

NEPHROPATHIES GLOMERULAIRES (25 %)

- A rechercher systématiquement +++
- Protéinurie < 1 g/l : évolution favorable
- Protéinurie > 1 g/l : PBR ++
- Risque d'IRC si GN endo et extracapillaire avec croissants (5 % des cas)

STENOSE URETERALE

Purpura rhumatoïde

Hospitalisation si :

- AEG marquée
- Atteinte digestive sévère (rectorragies, IIA..)
- HTA
- Orchite
- Syndrome néphrotique / IR



CORTICOTHERAPIE

Sinon, PEC ambulatoire

- Antalgiques, repos
- Surveillance ++ :
 - Bandelette urinaire : 1 x/ semaine pdt 1 mois
1x / mois pdt 3 mois
1x / trimestre pdt 1 an
 - Protéinurie/ créatinurie en laboratoire si BU +
 - Hématurie banale au début
- Echo abdo si douleurs, antispasmodiques

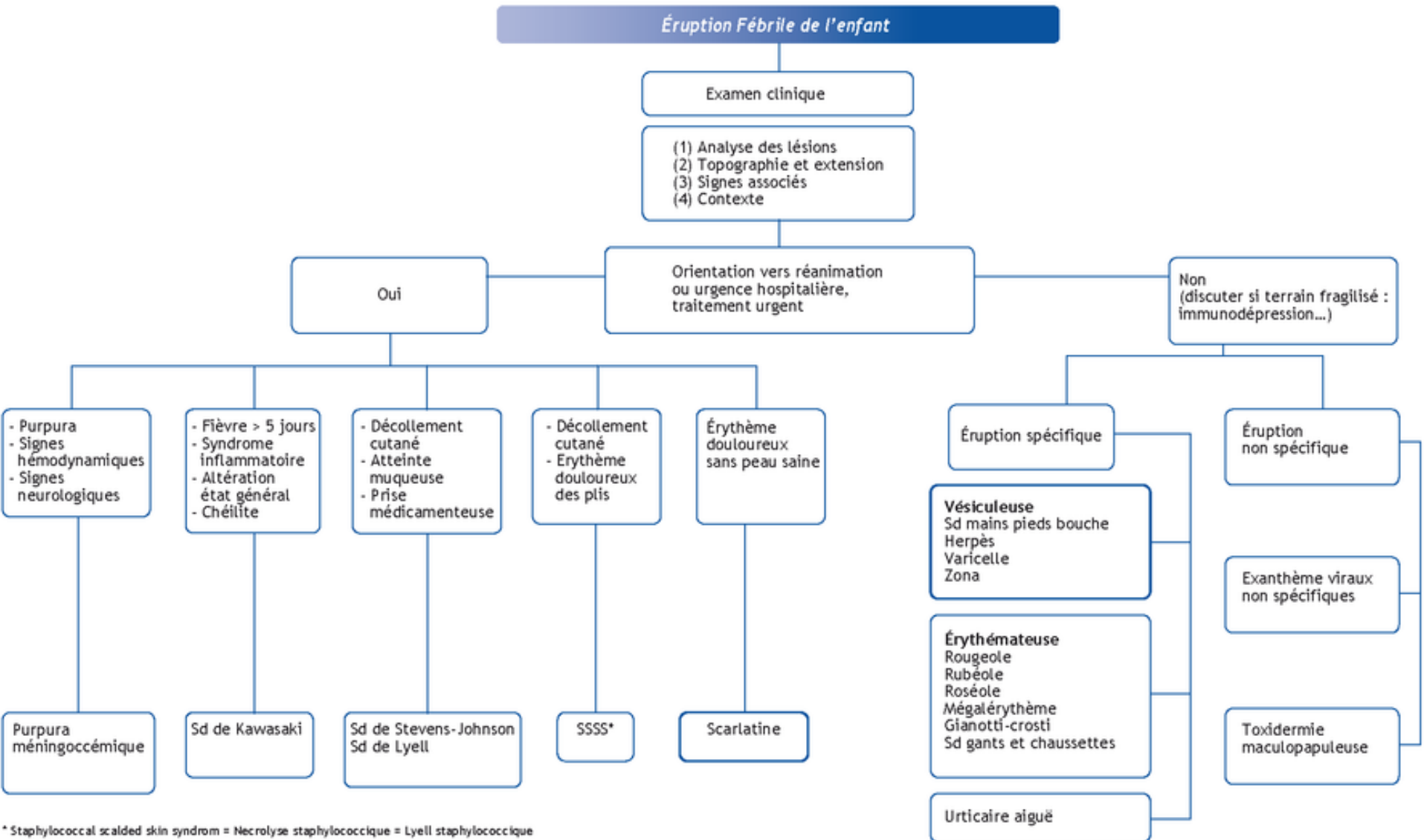
Purpura fébriles non infectieux

- Purpura mécanique (fréquent++)
- Purpura rhumatoïde
- **Syndrome tumoral (leucémie aigue)**
 - Thrombopénie
 - Atteinte autres lignées
 - ADP
 - HMG +/- SMG

Merci de votre attention !



On résume !!!



* Staphylococcal scalded skin syndrom = Necrolyse staphylococcique = Lyell staphylococcique