

REVUES GÉNÉRALES

Dermatopédiatrie

Quand hospitaliser un enfant présentant un exanthème fébrile ?

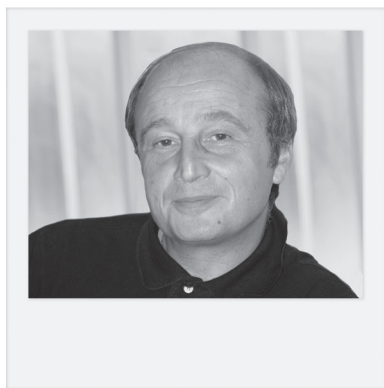
RÉSUMÉ : Un exanthème fébrile est un motif fréquent de consultation en dermatologie pédiatrique, les véritables urgences dermatologiques sont cependant rares.

L'exanthème fébrile stéréotypé et reconnaissable et les autres syndromes éruptifs stéréotypés dermatologiques doivent être reconnus par le clinicien, afin d'éviter des investigations ou une hospitalisation le plus souvent inutiles.

Les éruptions médicamenteuses peuvent réaliser tous les types d'éruption et doivent conduire à une enquête étiologique très soigneuse.

Un purpura en nappe rapidement extensif est d'une extrême gravité (purpura fulminans). Il impose un transfert médicalisé en réanimation.

Les maladies de système doivent être connues, car elles peuvent mettre en jeu le pronostic vital et prennent parfois le masque d'une maladie infectieuse.



→ M. RYBOJAD
Hôpital Saint-Louis, PARIS.

Si un exanthème fébrile est un motif fréquent de consultation en dermatologie infantile, les véritables urgences dermatologiques pédiatriques sont cependant rares. La découverte de signes cutanés, facilement accessibles à l'examen, peut être la clé du diagnostic d'une urgence pédiatrique. L'interrogatoire n'est pas toujours possible, et l'examen de l'enfant requiert une bonne pratique clinique. La sémiologie de l'enfant est en effet parfois déroutante. Enfin, dans ce contexte d'urgence, l'anxiété parentale dramatise l'enquête et perturbe les réponses.

Trois grandes situations peuvent se présenter :

- exanthème fébrile stéréotypé et reconnaissable, sans altération de l'état général de l'enfant ;
- exanthème non stéréotypé, sans caractère de gravité d'emblée ;
- exanthème d'emblée associé à des manifestations viscérales et/ou une altération de l'état général imposant l'hospitalisation.

Exanthème fébrile stéréotypé et reconnaissable, sans altération de l'état général

Ces maladies doivent être reconnues par le clinicien afin d'éviter des investigations ou une hospitalisation le plus souvent inutiles.

1. La rougeole

L'OMS avait pour objectif l'éradication de la rougeole d'Europe occidentale grâce à la vaccination. Cependant, la couverture vaccinale par le ROR (vaccin à virus vivants atténués rougeole, Rougeole-Oreillons-Rubéole) est insuffisante, et la maladie est en nette recrudescence. La rougeole, due à un virus du groupe des paramyxovirus, survient plutôt chez des enfants entre 3 et 7 ans après contage 10 à 15 jours auparavant. Il existe une phase de catarrhe oculonasal prééruptive s'accompagnant d'une hyperthermie à 39-40 °C, d'une toux, parfois d'un signe de Koplick. L'éruption

érythémateuse, parfois purpurique, qui s'étend en quelques jours, avec une seule poussée d'évolution descendante, commençant derrière les oreilles puis s'étendant au visage et au tronc et qui guérit en quelques jours. Les complications viscérales sont rares mais graves (méningoencéphalite, pneumopathies, myocardite, kératite).

2. La rubéole

La rubéole, ou troisième maladie, est une affection virale de l'enfant due à un togavirus, devenue rare avec la vaccination. Elle passe totalement inaperçue dans 1 cas sur 2. Les formes symptomatiques sont de diagnostic difficile, voire impossible : après une incubation de 3 semaines survient un exanthème fruste, pâle et fugace (2 à 3 jours) avec peu de signes généraux (adénopathies cervicales postérieures, parfois arthralgies ou conjonctivite). Le problème principal est représenté par la gravité des rubéoles 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 est obligatoire dans la surveillance des grossesses. Il est aussi obligatoire lors de l'examen prénuptial, les femmes séronégatives devant être vaccinées en évitant toute grossesse dans les 3 mois après le vaccin.

3. L'exanthème subit

La sémiologie est caractérisée par la survenue, chez un nourrisson entre 6 mois et 2 ans, d'une fièvre élevée (39-40 °C), bien supportée, suivie d'une défervescence brutale au 3^e jour, avec apparition d'une éruption discrète et fugace. Cet exanthème est constitué de macules, voire de maculopapules de petite taille, prédominant au tronc. Le visage est respecté. Les principales complications de cette affection sont dominées par la survenue de convulsions. Le principal virus responsable est l'HHV6, mais un autre virus

du groupe herpès, l'HHV7, peut induire un exanthème subit, plutôt après 1 an.

4. La primo-infection à parvovirus B19

Le mégalérythème épidémique est lié à une primo-infection par le parvovirus B19. Les caractéristiques sémiologiques de cet exanthème viral sont un érythème souffleté des joues et un érythème figuré des membres dans un contexte de bon état général. À noter qu'après la disparition de l'éruption, il existe une possibilité de résurgence, même pendant plusieurs semaines, voire mois, au soleil, à la chaleur, à l'effort.

La primo-infection peut être atypique avec une symptomatologie générale plus marquée, avec fièvre, polyadénopathie, polyarthralgies et éruption maculopapuleuse, parfois confluentes en plaques géographiques ou limitée aux extrémités en "gants et chaussettes". La responsabilité du parvovirus est parfois difficile à établir, les immunoglobulines M (IgM) spécifiques pouvant persister pendant 6 mois.

5. La mononucléose infectieuse

C'est la forme symptomatique de la primo-infection par le virus d'Epstein-Barr (EBV), laquelle est le plus souvent silencieuse. Elle touche adolescents et adultes jeunes. Un œdème des paupières est fréquent, mais une véritable éruption est très inconstante (5-10 % des cas). Elle survient après 1 semaine d'un tableau général qui associe la triade caractéristique fièvre, angine, adénopathies. S'y ajoutent souvent asthénie et splénomégalie. L'éruption est plus souvent morbilliforme, et régresse en quelques jours. Les complications viscérales sont rares (hépatites, méningoencéphalites). Des formes graves sont observées en particulier chez le nourrisson.

En cas de prise d'une aminopénicilline (et moins fréquemment d'autres antibiotiques) ; une éruption maculopapuleuse

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. La numération montre une lymphocytose parfois très élevée avec des lymphocytes hyperbasophiles (syndrome mononucléosique). Le diagnostic sera confirmé par une sérologie EBV caractéristique d'infection récente (IgM anti-antigène de capsid [anti-VCA] et absence d'anti-antigènes nucléaires [anti-EBNA]). Des tableaux voisins sont observés avec le CMV, voire l'HHV6.

6. La scarlatine

Le tableau clinique classique de la scarlatine streptococcique est devenu rare. Il associe un début brutal avec fièvre à 39-40 °C, douleurs pharyngées, céphalées, angine avec adénopathies sous-maxillaires. Au bout de 12 à 24 heures, survient 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 péri-buccale. L'érythème en plages confluentes, grenu, s'effaçant à la pression, prédomine au tronc, à l'abdomen, aux fesses. 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^e au 6^e jour, totalement lisse vers le 9^e jour et à nouveau normale vers le 12^e jour. L'exanthème disparaît en 8 à 10 jours. Entre le 10^e et le 30^e jour, une desquamation débute au tronc puis atteint les extrémités en "doigts de gants". Devant un tel tableau évoquant le diagnostic de scarlatine, il faut faire des prélèvements bactériologiques de la gorge, ou un Streptotest (apport important en consultation), et prescrire un antibiotique antistreptococcique (pénicilline, macrolide).

REVUES GÉNÉRALES

Dermatopédiatrie

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 aux plis et souvent craquelé en péri-buccal, donnant un "visage de clown", 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. Une antibiothérapie antistaphylococcique doit être débutée.

7. D'autres syndromes éruptifs stéréotypés sont bien connus des dermatologues (fig. 1, 2, 3 et 4) :

Il peut s'agir :

- d'un syndrome de Gianotti-Crosti,
- exanthème unilatéral latéro-thoracique de l'enfant,
- *pityriasis rosé* de Gibert.



FIG. 1 : Syndrome de Gianotti-Crosti.



FIG. 2 : Syndrome de Gianotti-Crosti. Aspect lichénoïde des lésions.



FIG. 3 : Exanthème unilatéral latéro-thoracique.



FIG. 4 : Exanthème unilatéral latéro-thoracique.

Exanthème non stéréotypé, sans caractère de gravité d'emblée

Ici, le tableau est moins typique, mais ce n'est pas celui d'une urgence.

L'évolution et les signes d'accompagnement sont peu typiques, l'éruption n'a pas de caractéristiques précises. L'exanthème est isolé ou associé à des arthralgies, des signes digestifs, des céphalées, mais sans signe de gravité d'emblée. Enfin, l'éruption survient volontiers dans un contexte épidémique.

>>> Dans la grande majorité des cas, il s'agit de **viroses exanthématisques**. Ces viroses, potentiellement exanthématisques, seraient liées aux entérovirus (échovirus, coxsackies) dans 90 % des cas. Ces infections surviennent après une

incubation de quelques jours avec de la fièvre, des céphalées, une anorexie et une gastroentérite. Les infections à coxsackies peuvent s'accompagner de vésicules ovalaires des mains et des pieds (**syndrome mains-pieds-bouche**) avec un énanthème vésiculeux du voile du palais ; souvent, le tableau est incomplet.

Les adénovirus – qui donnent des syndromes adéno-pharyngo-conjonctivaux chez l'enfant et l'adulte jeune, et des pneumopathies, bronchiolites et diarrhées chez le nourrisson – peuvent être à l'origine d'exanthèmes morbilliforme ou rubéoliforme, particuliers par leur localisation au visage et au tronc, et par leur brièveté.

>>> Les éruptions médicamenteuses (**toxidermies**) (fig. 5 et 6) peuvent réaliser tous les types d'éruption. Leur diagnostic est parfois difficile quand le



FIG. 5 : Éruption toximédicamenteuse avec altération de l'état général et atteinte muqueuse.



FIG. 6 : Éruption toximédicamenteuse avec altération de l'état général et atteinte muqueuse.

médicament est prescrit pour un épisode fébrile, qui pourrait être annonciateur de l'éruption constatée. Soulignons par ailleurs le rôle permissif de certains virus du groupe de l'herpès (EBV, CMV, HHV6) au cours de certaines toxidermies : cette situation n'entraîne pas de contre-indication ultérieure à l'emploi de ce médicament. Les médicaments les plus souvent en cause sont les antibiotiques, en particulier les β -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. Certains signes doivent **alerter le clinicien, annonçant une toxidermie grave** : signes généraux, atteinte muqueuse, caractère confluant et nécrolytique des lésions (présence d'un Nikolsky, voire de décollements épidermiques), terrain sous-jacent. L'hospitalisation en milieu spécialisé s'impose en urgence. Le diagnostic de toxidermie est difficile à affirmer, nécessitant une enquête policière (prise d'un ou de plusieurs médicaments), et s'appuie sur des arguments d'imputabilité intrinsèque (chronologie de l'événement, sémiologie de l'éruption) et extrinsèque (données de la littérature médicale).

Exanthème d'emblée associé à des manifestations viscérales et/ou une altération de l'état général

Certaines urgences ne souffrent aucun retard diagnostique.

1. Le purpura fulminans (fig. 7 et 8)

C'est l'urgence extrême, à éliminer devant tout purpura fébrile.

Il s'agit d'un **purpura en nappe, à tendance ecchymotique, d'évolution nécrotique, rapidement extensif** (CIVD)



FIG. 7 : Nappe purpurique à contours géographiques (ou purpura fulminans).



FIG. 8 : Purpura fulminans.

associé à un état de choc. Il survient au cours d'une méningite bactérienne, le plus souvent à méningocoques, mais aussi au décours d'une infection à pneumocoque, à *Hæmophilus*, voire une varicelle. L'état de choc peut s'accompagner d'hyperthermie ou d'hypothermie. **L'extrême pâleur et la tachycardie sont constantes.**

Les signes cutanés sont caractéristiques, réalisant des placards violacés à contours géographiques, ecchymotiques, symétriques, prédominants aux zones de pression et aux extrémités.

D'extrême gravité, il impose un diagnostic et une prise en charge immédiate, avec transfert médicalisé en réanimation, pour prise en charge thérapeutique avant l'évolution fulgurante vers la gangrène et le décès. L'antibiothérapie sera débutée immédiatement, au domicile de l'enfant (tache purpurique > 3 mm) : céfotaxime, ceftriaxone par voie parentérale.

2. Le syndrome (adénocutanéomuqueux) de Kawasaki (fig. 9 et 10)

C'est un syndrome inflammatoire (probablement en réaction à un agent infectieux jouant le rôle d'un superantigène) qui s'accompagne d'une vascularite des artères de moyen calibre, avec un risque de décès par anévrisme coronarien. Cette affection survient presque exclusivement chez l'enfant avant 5 ans et surtout chez le nourrisson, avec une légère prédominance masculine. Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments cliniques. Des critères majeurs ont aussi été définis :

- une fièvre élevée, supérieure à 39 °C, durant plus de 5 jours et ne répondant pas aux antibiotiques et aux antipyrétiques ;
- une hyperhémie conjonctivale (prédominant sur la conjonctive bulbaire) ;
- un érythème pharyngé, sans aphte, ulcération ni bulle, associé fréquemment à une langue framboisée et à une chéillite ;



FIG. 9 : Purpura fulminans.



FIG. 10 : Syndrome de Kawasaki atypique. Aspect psoriasiforme des lésions.

REVUES GÉNÉRALES

Dermatopédiatrie

– un exanthème survenant vers la fin de la 1^{re} semaine, variable : morbilliforme, puis scarlatiniforme, non prurigineux, sans vésicule ni bulle. Il existe parfois une atteinte prédominant sur le siège, d'évolution desquamative. Plusieurs poussées peuvent s'observer. Il régresse généralement en 1 semaine ;

– un érythème palmoplantaire avec œdème induré des mains et des pieds, surtout chez le nourrisson, évoluant vers une desquamation scarlatiniforme à la 3^e 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 2^e et la 4^e semaine, des troubles du rythme cardiaque et la possibilité de décès par myocardite, ou infarctus.

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

3. Le 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 (parfois réduit à une hypotension ou des vertiges en orthostatisme), une atteinte polyviscérale (cœur, poumons, foie, muscles, reins, système nerveux). L'hospitalisation s'impose en urgence.

POINTS FORTS

- ➞ La découverte de signes cutanés, facilement accessibles à l'examen, peut être la clé du diagnostic d'une urgence pédiatrique.
- ➞ Les tableaux dermatologiques très stéréotypés (Gianotti-Crosti) nécessitent une collaboration entre cliniciens et dermatologues.
- ➞ Les signes d'alerte d'une toxidermie grave (signes généraux, atteinte muqueuse, présence d'un Nikolsky, voire de décollements épidermiques, terrain sous-jacent), imposent l'hospitalisation en milieu spécialisé en urgence.
- ➞ Un purpura en nappe rapidement extensif, fébrile, impose un diagnostic de purpura fulminans. Une prise en charge immédiate, avec transfert médicalisé en réanimation pour prise en charge thérapeutique, avant l'évolution fulgurante vers la gangrène et le décès. L'antibiothérapie sera débutée immédiatement, au domicile de l'enfant (tache purpurique > 3 mm) : céfotaxime, ceftriaxone par voie parentérale.
- ➞ Les exanthèmes fébriles réalisés par la dengue, la chikungunya et les rickettsioses sont des tableaux parfois peu connus sous nos climats, mais doivent être évoqués par l'anamnèse.

4. La nécrolyse épidermique staphylococcique

Elle est proche cliniquement de la scarlatine staphylococcique. Le décollement peut être diffus, précédé par un érythème intense et très douloureux. Il existe un risque de déshydratation et de choc imposant l'hospitalisation. Ce tableau survient chez le très jeune enfant qui n'est plus immunisé par les anticorps antitoxine staphylococcique exfoliante maternels, et n'a pas encore une maturité rénale permettant d'éliminer cette toxine staphylococcique.

5. L'urticaire aiguë

Elle est parfois grave, et impose l'hospitalisation en cas d'œdème pharyngolaryngé ou de la muqueuse digestive. L'adrénaline par voie sous-cutanée pourra être discutée en fonction des signes de gravité.

6. Le syndrome de Kaposi-Juliusberg

Il traduit la greffe du virus herpès sur une dermatite atopique. Il expose au

risque de septicémie à point de départ cutané, ou à une infection herpétique généralisée. La conduite à tenir repose sur le transfert en milieu hospitalier pour perfusion d'aciclovir intraveineux et antibiothérapie à large spectre.

7. 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 qui peut ne pas être évocatrice, et en imposer pour une infection virale.

>>> **La dermatomyosite juvénile** peut débuter par un exanthème du visage et des mains pouvant simuler un mégalérythème. Les signes musculaires peuvent être discrets (fatigabilité) ou absents.

>>> **La maladie de Still** (arthrite chronique juvénile) peut débuter par une fièvre éruptive isolée, les manifestations articulaires apparaissant secondairement. L'éruption est fugace, faite de petites macules rosées, mesurant de quelques millimètres à quelques centi-

mètres 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 et un syndrome inflammatoire majeur. Les hémocultures et la recherche de foyers infectieux restent négatives.

>>> On en rapprochera les exanthèmes associés aux exceptionnels **syndromes auto-inflammatoires**. Si la fièvre est constante, l'éruption est fréquente, associée à des manifestations articulaires, digestives, voire neurologiques. Elles surviennent volontiers précocement dans la vie, et correspondent à des anomalies génétiques responsables d'altérations de l'immunité innée (syndrome CINCA [chronique, infantile, neurologique, cutané, articulaire], syndrome hyper-IgD, TRAPS [*Tumor necrosis factor receptor-associated periodic syndrome*]). Les progrès de la biologie moléculaire permettent de les identifier. Certaines thérapies ciblées (anakinra, voire etanercept) constitueraient, pour certains, un véritable test diagnostique.

8. Maladies émergentes

Enfin, la pathologie d'importation – du fait de la mondialisation et des flux migratoires – risque de transformer rapidement cette revue non exhaustive, du risque de l'apparition de maladies émergentes (dengue, chikungunya...).

Conduite à tenir

Schématiquement, on peut distinguer trois situations cliniques :

- Très forte probabilité de “maladie éruptive” classique et bénigne de l'enfant

(mégalérythème, exanthème subit, rougeole, rubéole, varicelle, scarlatine...), en fonction des caractéristiques de l'éruption, de ses signes d'accompagnement, des données épidémiologiques. En dehors d'un terrain particulier (par exemple déficit immunitaire connu), l'attitude est simple :

- donner quelques conseils aux parents (surveillance de la fièvre, paracétamol, bonne hydratation) ;
- en cas de scarlatine, prescrire un antibiotique et après guérison vérifier l'absence de souffle cardiaque et de protéinurie ;

- 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...). L'attitude immédiate est l'hospitalisation pour :

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

- L'exanthème fébrile n'est pas spécifique, reste isolé, ou s'associe à quelques autres manifestations (arthralgies, myalgies, chéilite...) sans caractère de gravité. C'est une situation fréquente, en général rapidement régressive et de pronostic favorable. Il faut alors :

- prescrire un traitement symptomatique et 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.

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

- une scarlatine (numération-formule sanguine [NFS], prélèvement de gorge, prélèvements cutanéomuqueux) ;
- un syndrome de Kawasaki (NFS plaquettes, échographie cardiaque).

Les examens sérologiques ou la recherche d'une virémie (PCR), seuls capables d'établir avec certitude la cause précise d'une éruption virale, ne sont indiqués que dans des cas très particuliers (enfant immunodéprimé, contact avec une femme enceinte).

Pour en savoir plus

- LUCA MC. New perspectives in the diagnostic and the treatment of childhood febrile exanthema. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi*, 2015;319-324.
- ANDERSON MJ, JONES SE, FISHER-HOCH SP *et al*. Human parvovirus, the cause of erythema infectiosum (fifth disease)? *Lancet*, 1983;1:1378; (Letter).
- YAMANISHI K, OKUNO T, SHIRAKI K *et al*. Identification of human herpes virus-6 as causal agent for exanthem subitum. *Lancet*, 1988;1:1065-1067.
- FELDMAN CA. Staphylococcal scarlet fever. *N Engl J Med*, 1962;267:877.
- GIANOTTI F. Papular acrodermatitis of childhood. An Australia antigen disease. *Arch Dis Child*, 1973;48:794-799.
- SPEAR KL, WINKELMAN RK. Gianotti-Crosti syndrome. A review of ten cases not associated with hepatitis B. *Arch Dermatol*, 1984;120:891-896.
- BODEMER C, DE PROST Y. Unilateral laterothoracic exanthem in children: a new disease? *J Am Acad Dermatol*, 1992;27:693-696.
- TAIEB A, MÉGRAUD F, LEGRAIN V *et al*. Asymmetrical periflexural exanthem of childhood. *J Am Acad Dermatol*, 1993; 29:391-393.
- ERNOULD S *et al*. Aspects pédiatriques de l'épidémie de Chikungunya 2005-2006 à Saint-Denis, île de la Réunion. *Arch Pediatr*, 2008;15:253-262.
- DESRUELLES F *et al*. Manifestations cutanéomuqueuses de la dengue. *Ann Dermatol Vénéréol*, 1997;124:237-241.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.