

MALADIES ÉRUPTIVES DE L'ENFANT

Jean-Bernard Girodias
pédiatre

1. Cinquième maladie
2. Maladie de Gianotti-Crosti
3. Maladie de Kawasaki
4. Maladie "mains-pieds-bouche"
5. Purpura méningococcémique
6. Roséole
7. Rougeole
8. Rubéole
9. Scarlatine
10. Varicelle



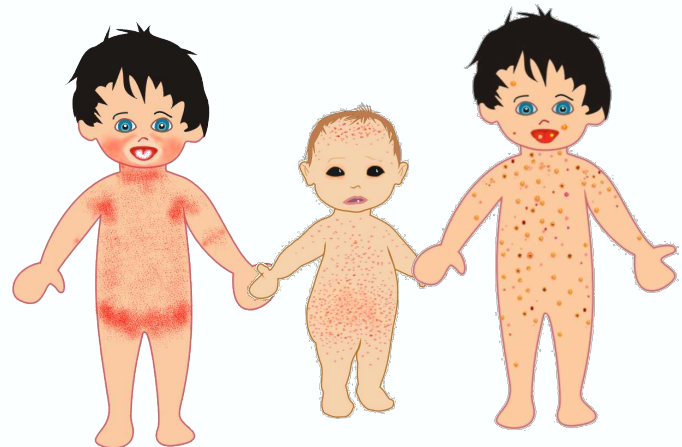
MALADIES ÉRUPTIVES DE L'ENFANT

Chez l'enfant, les maladies éruptives correspondent le plus souvent à des infections virales sans gravité. À l'occasion, elles peuvent représenter une menace pour des contacts réceptifs plus vulnérables: nouveau-nés, femmes enceintes et individus immunodéprimés.

L'aspect de l'éruption, les signes et les symptômes accompagnateurs, l'âge de l'enfant et le contexte épidémiologique permettent généralement d'identifier l'agent infectieux.



Les vaccins ont grandement réduit les cas de rougeole et de rubéole.



La scarlatine, et la roséole sont toujours fréquentes. L'usage généralisé du vaccin contre la varicelle va très certainement freiner l'activité d'un virus en milieu scolaire.



L'incidence des infections saisonnières, cinquième maladie et maladie "mains-pieds-bouche", varie d'une année à l'autre.



Les purpuras méningococcémiques sont rares mais tout particulièrement redoutables.



De nouvelles maladies ont été décrites: la maladie de Kawasaki, de rencontre occasionnelle et d'origine mystérieuse, et la maladie de Gianotti-Crosti, expression assez fréquente de diverses infections virales.

CINQUIÈME MALADIE (érythème infectieux)

Parvovirus B19

Incubation: $\pm$ 14 jours



Éviction scolaire non indiquée (maladie non contagieuse au stade éruptif)



Fin de l'hiver et printemps



Âge scolaire



Contagiosité de 1 à 5 jours avant l'éruption

- Bon état général
- Pas de fièvre
- Parfois prurit cutané
- Arthralgies (adultes)



Conjonctives normales

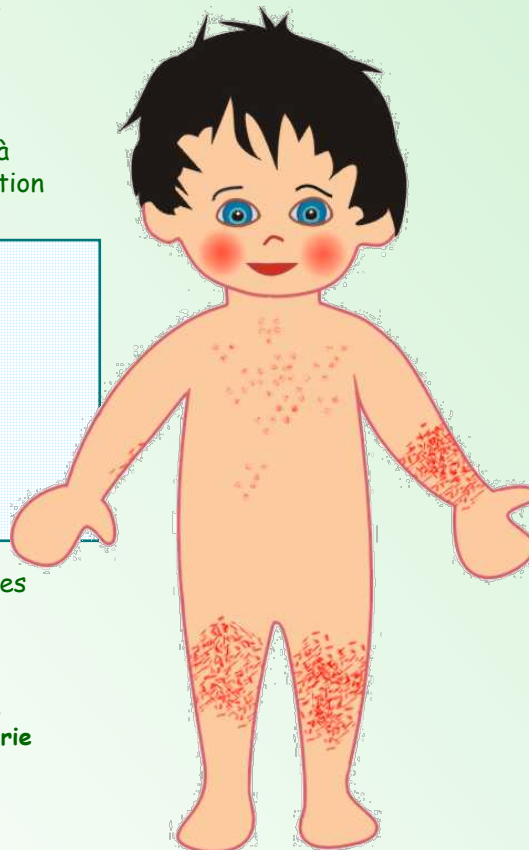


Rash réticulé (érythème ajouré comme une broderie)



ÉRUPTION RÉTICULÉE

- D'abord joues rouges comme giflées par un vent froid puis éruption réticulée symétrique au niveau des avant-bras et des cuisses
- Parfois présence de quelques macules rosées sur le thorax
- Évolution à éclipses pendant quelques jours ou quelques semaines
- Éruption avivée par la pression, la chaleur, le soleil et l'exercice physique
- Pas de lésions muqueuses



Prévention



Contacts normaux :

informer, rassurer

Contacts à risque: surveillance

Femmes enceintes réceptives: surveillance obstétricale plus étroite, retrait préventif (?)



Traitement symptomatique

Risque embryo-foetal

Faible risque d'anasarque fœto-placentaire

Complications

Crise aplasique chez sujets à risque

Facteurs de risque

Anémie chronique (anémie falciforme, sphérocytose, etc.), déficits immunitaires



Maladie bénigne pour l'enfant normal; guérison spontanée en 2 à 5 semaines



Test diagnostique: dépistage sérique des anticorps spécifiques



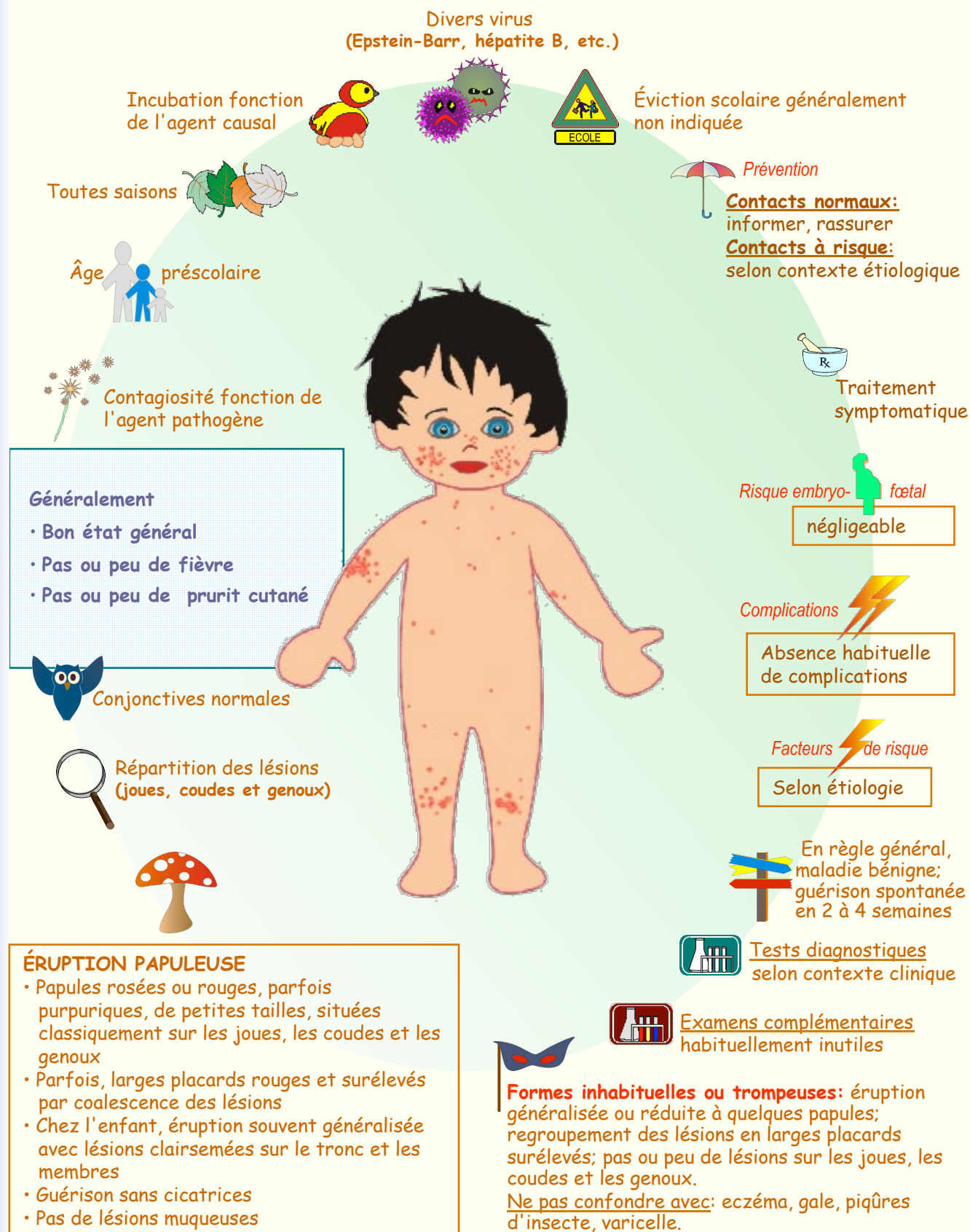
Examens complémentaires habituellement inutiles



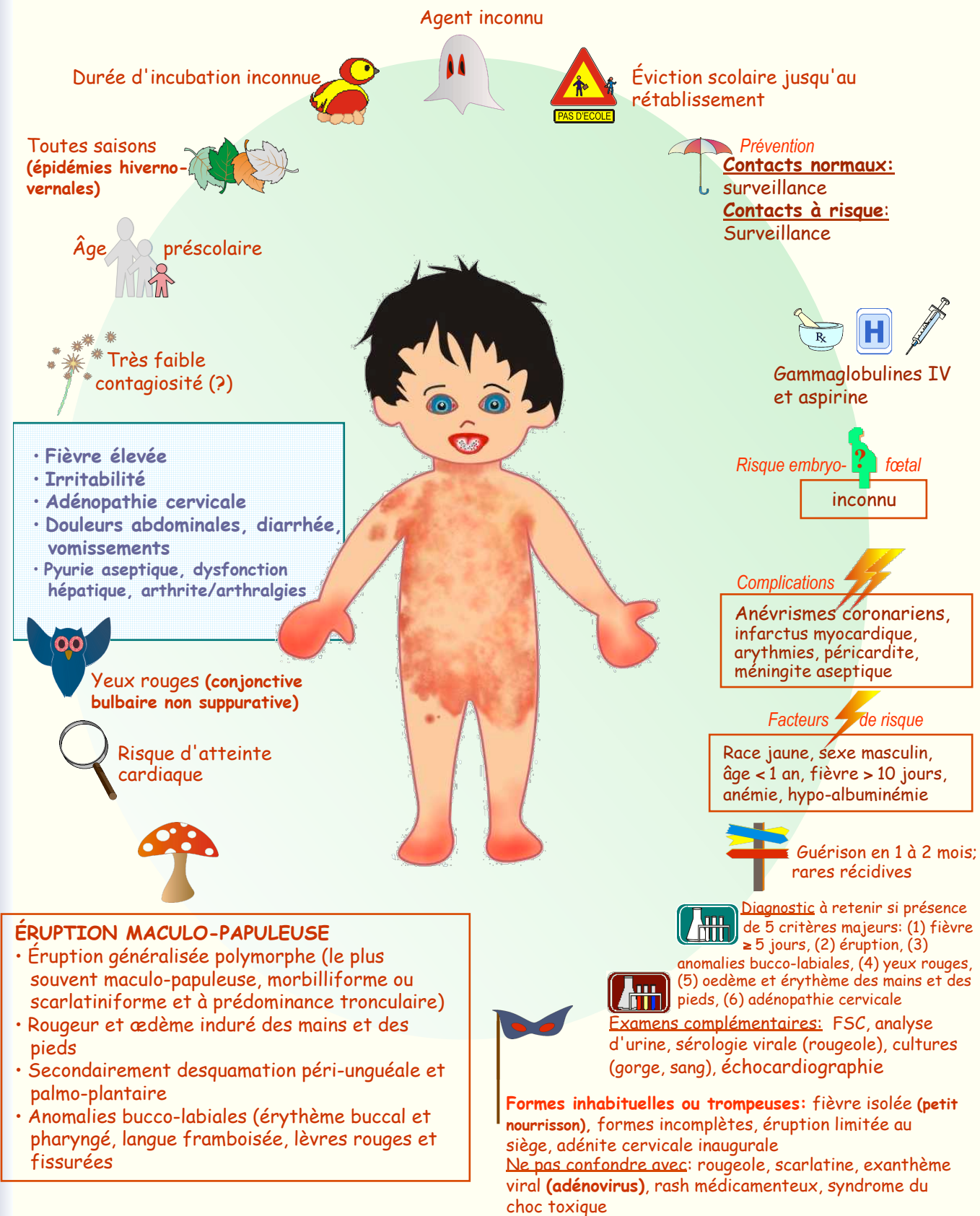
Formes inhabituelles ou trompeuses: forme inapparente, rash maculaire non réticulé, éruption généralisée, éruptions purpuriques (purpuras pétéchiâux, purpura d'Henoch)

Ne pas confondre avec: rash allergique, purpura thrombopénique, rubéole et autres éruptions virales

MALADIE DE GIANOTTI-CROSTI



MALADIE DE KAWASAKI



MALADIE "MAINS-PIEDS-BOUCHE"

Entérovirus non poliomyélitiques
(Coxsackie A16, entérovirus 71, etc.)

Incubation de 3 à 6 jours



Éviction scolaire selon condition générale et symptomatologie

Saison estivale



Âge  préscolaire

Faible contagiosité
(pendant une dizaine de jours)



- Bon état général
- Fièvre modérée
- Dysphagie, anorexie



Conjonctives normales



Distribution des lésions
(mains, pieds, bouche et fesses)



ÉRUPTION VÉSICULEUSE

- Vésicules à contenu clair ou citrin cernées d'un liseré rouge ou maculo-papules rouges situées au niveau des mains et des pieds
- Lésions maculo-papuleuses et vésiculeuses sur les fesses et sur le haut des cuisses
- Éléments papulo-vésiculeux au niveau du tronc et des membres peu nombreux et clairsemés
- Chez la fille, présence possible de lésions vésiculeuses inguinales et vulvo-périnéales
- Vésicules et lésions érosives douloureuses de la bouche et des lèvres



Prévention

Mesures d'hygiène habituelles



Traitement symptomatique

Risque embryo- foetal
négligeable

Complications

Rarement: myocardite, méningo-encéphalite, méningite aseptique

Facteurs  de risque

Déficits immunitaires



Maladie bénigne; guérison spontanée en une dizaine de jours



Au besoin, cultures virales (bouche, lésion cutanée)



Examens complémentaires habituellement inutiles



Formes inhabituelles ou trompeuses: lésions buccales isolées, lésions vulvaires vésiculeuses herpétiformes

Ne pas confondre avec: varicelle, infection herpétique, stomatite aphteuse

PURPURA MÉNINGOCOCCÉMIQUE

Neisseria meningitidis
(diplocoque Gram négatif)

Incubation de 1 à 10 jours

Toutes saisons

Tous âges

Contagiosité jusqu'à la fin
du 1^{er} jour d'antibiothérapie

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

Conjonctives normales

Purpura fébrile
(TOUT PURPURA FÉBRILE
EST A PRIORI
MÉNINGOCOCCÉMIQUE)

ÉRUPTION PURPURIQUE

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

Éviction scolaire jusqu'au rétablissement

Prévention

Chimioprophylaxie

pour l'entourage familial immédiat et les contacts étroits des 10 derniers jours.
Vaccination de l'entourage et des sujets à risque en cas d'épidémie
(Mesures préventives à prendre, si possible, dans les 24 heures qui suivent le diagnostic)

Antibiotique iv "stat" et hospitalisation dans une unité hospitalière de réanimation pédiatrique intensive

Risque embryo-foetal
Négligeable

Complications

Méningite, coagulation intra-vasculaire disséminée, nécroses cutanées, gangrène des extrémités, arthrite, pneumonie, péricardite

Facteurs de risque

Promiscuité (famille, garderie, école, pensionnat, caserne); déficits immunitaires

Bon pronostic si traitement rapide et absence de purpura fulminans

Tests diagnostiques:

frottis et cultures (ECR, sang, urine, liquide synovial, pleural ou péricardique, lésions cutanées)

Examens complémentaires: formule sanguine, plaquettes, azotémie, créatininémie, glycémie, électrolytes sanguins, gaz artériels, bilan de coagulation; analyse des urines

Formes inhabituelles ou trompeuses: rash d'abord maculo-papuleux ou urticarien; stade précoce avec altération peu marquée de l'état général ou présence de rares pétéchie.

Ne pas confondre avec: purpura thrombopénique idiopathique, purpura d'Henoch, maltraitance, syndrome hémolytique urémique, purpura en cocarde

ROSÉOLE (érythème subit, 6^e maladie)

Herpesvirus humain type 6B

Incubation de 5 à 15 jours



Repos à domicile souhaitable pendant la phase fébrile

Toutes saisons



Âge
préscolaire
(6 à 24 mois)



Faible contagiosité pendant la phase fébrile



- Bon état général
- Fièvre élevée pendant 3 à 5 jours
- Irritabilité
- Tympanes congestifs
- Anorexie, diarrhée
- Ganglions cervicaux postérieurs
- Parfois bombement de la fontanelle antérieure



Conjonctives normales



"Fièvre de 3 jours"
puis éruption



ÉRUPTION MACULO-PAPULEUSE.

- Taches 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 suivant 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**)

Prévention
Mesures d'hygiène habituelles



Traitement
symptomatique



Risque embryo-
fœtal
négligeable



Complications



Convulsions fébriles.
Rarement: hypertension intracrânienne bénigne, méningo-encéphalite, hépatite, myocardite

Facteurs de risque



Transplantation, déficit immunitaire (risque de réactivation virale)



Maladie bénigne; guérison en près d'une semaine



Tests diagnostiques : culture et sérologie virales



Examens complémentaires inutiles si bon état général ou, au besoin, bilan d'une fièvre inexplicée (**leucopénie fréquente au stade fébrile**)

Formes inhabituelles ou trompeuses: fièvre sans éruption ou éruption sans fièvre, forme précoce (avant 3 mois) ou tardive (grand enfant, adulte)

Ne pas confondre avec: infection à herpesvirus type 7 (**même tableau clinique**), autre rash viral, éruption médicamenteuse, bactériémie occulte

ROUGEOLE (measles, rubeola)

Virus rougeoleux
(paramyxovirus)

Incubation de 8 à 12 jours

Hiver
et printemps

Nourrissons et
adolescents

Forte contagiosité durant
les 5 jours précédant et
suivant le début du rash

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

Yeux rouges et larmoyants,
photophobie

Taches de Koplik

ÉRUPTION MACULO-PAPULEUSE

- Rash généralisé débutant au niveau du front et des régions rétro-auriculaires puis envahissant le visage, le tronc et les membres; disparition en 5 à 6 jours avec brunissement et desquamation furfuracée de la peau
- Éléments maculo-papuleux rouges espacés de peau saine sur le tronc et les membres, plus nombreux et coalescents sur le visage, le cou et les épaules
- Érythème des muqueuses bucco-pharyngées; dépôts blanchâtres à la face interne des joues (taches de Koplik)
- Parfois vésicules au niveau du palais mou

Éviction scolaire d'au moins 4 jours
après le début de l'éruption

Prévention

Contacts réceptifs:

Gammaglobulines par voie intramusculaire (dans les 6 jours qui suivent le diagnostic) **Entourage:** vaccination des sujets réceptifs.

Traitement symptomatique;
vitamine A si facteur de
risque

Risque embryo-
fœtal

Faible risque de
maladie congénitale

Complications

Otite, convulsion, diarrhée, pneumonie, laryngo-trachéo-bronchite, encéphalite, panencéphalite sclérosante subaiguë (incubation ± 10 ans)

Facteurs de risque

Premiers 12 mois de vie, déficits immunitaires, malnutrition, grossesse

Guérison en une
dizaine de jours



Examens diagnostiques :

culture virale
secrétions naso-pharyngées) et
titrage sérique des anticorps
spécifiques



Examens complémentaires

habituellement inutiles (en règle général, leucopénie au stade fébrile)

Formes inhabituelles ou trompeuses: éruption maculo-papuleuse purpurique, forme atténuée ou incomplète (chez enfants vaccinés ou après injection de gammaglobulines)

Ne pas confondre avec: maladie de Kawasaki, scarlatine, autre rash viral, toxidermie, allergie

RUBÉOLE (rubella)

Virus rubéoleux
(togavirus)

Incubation de 14 à 21 jours
(moyenne de 17 jours)



Éviction scolaire pendant
1 semaine (période contagieuse)

Hiver et printemps



Surtout nourrissons
adolescents



Contagiosité de 7 jours
avant à 7 jours après le
début du rash (pendant
plusieurs mois pour rubéole
congénitale)

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



Conjonctives normales



Risque tératogène



ÉRUPTION MACULO-PAPULEUSE

- Éruption 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
- Éruption non prurigineuse s'effaçant en 3 à 4 jours
- Conjonctives normales ou un peu congestives
- Pas d'atteinte des muqueuses buccales ou, parfois, petites taches rouges sur le voile du palais (taches de Forcheimer)

Prévention



Femmes enceintes réceptives: surveillance sérologique, retrait préventif



Traitement
symptomatique

Risque embryo-**fœtal**

Risque d'embryopathie-
fœtopathie tératogène

Complications

Maladie bénigne pour l'enfant normal. **Rarement:** encéphalite, purpura, anémie hémolytique, myocardite, péricardite

Facteurs de risque

Grossesse



Guérison rapide de
la forme acquise



Examens diagnostiques :
culture virale
(secrétions naso-pharyngées), dépistage
sérique des anticorps spécifiques



Examens complémentaires
habituellement inutiles



Formes inhabituelles ou trompeuses: forme inapparente ou fruste, aspect scarlatiniforme
Rubéole congénitale : infection inapparente, fruste ou grave (cataractes, glaucome, cardiopathie, surdité, rétinite pigmentaire, purpura, hépato-splénomégalie, ictère, microcéphalie, méningo-encéphalite, hypertransparence osseuse)

Ne pas confondre avec: autre exanthème viral, scarlatine, rash médicamenteux

SCARLATINE

Streptocoque β -hémolytique
du groupe A

Incubation de 2 à 5 jours

Toutes saisons

Âge scolaire

Contagiosité maximale
au stade aigu de la maladie

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



Conjonctives normales

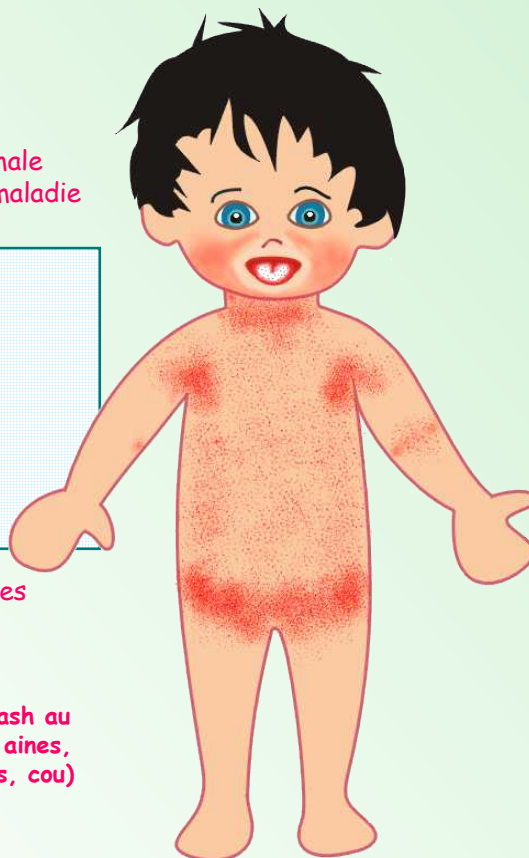


Signe de Pastia
(accentuation du rash au
niveau des plis - aines,
coudes, aisselles, cou)



ÉRUPTION ÉRYTHÉMATEUSE

- Peau rouge (comme un érythème solaire) et rêche (comme du papier sablé)
- Érythème généralisé prédominant au niveau de la face antérieure du tronc
- Pâleur du pourtour de la bouche et du nez si érythème du visage
- Éruption plus foncée au niveau des plis de flexion (signe de Pastia)
- Amygdales rouges et exsudatives, érythème et pétéchiies au niveau du palais, langue saburrale puis rouge framboise



Éviction scolaire jusqu'au
rétablissement (**plus de risque
contagieux après 24 heures
d'antibiothérapie**)



Prévention

Contacts normaux :
surveillance

Contacts à risque :
culture de gorge



Antibiothérapie
orale (pénicilline V)



Risque embryo-
fœtal
négligeable

Complications

Abcès périamygdalien,
rhumatisme articulaire aigu,
glomérulonéphrite aiguë

Facteurs de risque

Antécédents de rhumatisme
articulaire aigu, de glomérulo-
néphrite post-streptococcique



Guérison rapide
sous antibiotique



Tests diagnostiques :
culture de gorge



Examens complémentaires
habituellement inutiles



Formes inhabituelles ou trompeuses : absence de fièvre,
éruption peu visible ou limitée aux plis, purpura pétéchiial
surajouté

Ne pas confondre avec : scarlatine staphylococcique
(gorge normale mais présence d'un foyer septique :
plaie, abcès, lésion varicelleuse), maladie de Kawasaki,
toxidermie médicamenteuse, rougeole, infection à
Arcanobacterium hæmolyticum (amygdalite exsudative,
prurit cutané, adolescence)

VARICELLE

Virus varicelle-zona

Incubation de $\pm$ 15 jours

Toutes saisons

Âge scolaire

Forte contagiosité durant les 5 jours qui précèdent le rash puis jusqu'à l'assèchement des lésions

- État général plutôt bon
- Fièvre modérée
- Prurit



Conjonctives normales



Vésicules et prurit



ÉRUPTION VÉSICULEUSE

- Éruption à prédominance tronculaire
- Lésions maculo-papuleuses puis vésiculeuses et croûteuses
- Vésicules à liquide clair, citrin ou trouble, sur peau saine ou sur plaque érythémateuse
- Lésions croûteuses après affaissement et assèchement des vésicules
- Éruption débutant au niveau de la tête et du tronc puis s'étendant aux membres
- Dans un même territoire, présence d'éléments d'âge et d'aspect différents
- Éruption photosensible

Pendant le stade vésiculeux ou, si forme bénigne, selon les règlements sanitaires



Prévention

Contacts normaux : surveillance

Contacts à risque : immunoglobulines de varicelle-zona (VariZIG)



Traitement symptomatique; acyclovir si facteur de risque

Risque embryo-foetal

Faible risque tératogène

Complications

Impétigo, cellulite, scarlatine, pneumonies, hépatite, ataxie, encéphalite, glomérulo-néphrite, syndrome de Reye

Facteurs de risque

Période néonatale, prématurité, âge adulte, déficits immunitaires, aspirine



Guérison en près d'une semaine



Tests diagnostiques :

immunofluorescence, culture virale (vésicule) et titrage des IgM spécifiques



Examens complémentaires habituellement inutiles



Formes inhabituelles ou trompeuses: rash paucivésiculeux, distribution inhabituelle des lésions, réaction de photosensibilité, forme hémorragique, dermite/éruption surajoutée. **Varicelle congénitale :** hypoplasie d'un membre, microcéphalie, cataracte, chorio-rétinite, lésions cutanées
Ne pas confondre avec: piqûres d'insecte, maladie de Gianotti-Crosti, molluscum contagiosum, herpès cutané, folliculite, maladie mains-pieds-bouche