



Item160-Exanthèmes fébriles de l'enfant

Objectifs CNCI		
- Argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents. - Diagnostiquer une rougeole, une rubéole, un mégalérythème épidémique, un exanthème subit, une mononucléose infectieuse, une scarlatine, un syndrome de Kawasaki. - Connaître les principes de la thérapeutique et du suivi du patient. - Connaître la conduite à tenir vis-à-vis de l'entourage autour d'un diagnostic de rougeole, rubéole, scarlatine, et les risques chez la femme enceinte.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Polycopiés nationaux: > Pédiatrie: Maladies éruptives > Pilly 2012: Maladies éruptives de l'enfant	- Rougeole : paramyxovirus / !! MDO - Catarrhe / Koplick / ex. morbilliforme - Sérologie / éviction / contacts / ROR - Rubéole : togavirus / roséoliforme - Bénin / pas d'éviction / pas d'examen - ME : Pv.B19 / morbilliforme / joues - joues puis membres / pas d'examen - ESN : HHV6-7 / roséoliforme - Fièvre élevée initiale / pas d'examen - Kawasaki : 5 critères/6 ; ETT: A.coro	- Vaccinations +++ - Rougeole = MDO / contacts - ME / rubéole = F. enceinte - Fièvre ≥ 5J = Kawasaki

!! Généralités sur les exanthèmes: cf [Exanthème et érythrodermie de l'adulte et de l'enfant](#)

Orientation étiologique

Exanthèmes scarlatiniformes

- **Toxidermie**: prise médicamenteuse
- **Maladie de Kawasaki**
- **Etiologies infectieuses = bactériennes ++**
 - Scarlatine (streptocoque: SGA)
 - Choc toxique staphylococcique

Exanthèmes morbilliformes

- **Toxidermie**: prise médicamenteuse
- **Maladie de Kawasaki**
- **Etiologies infectieuses = virales ++**
 - Rougeole
 - Mégalérythème épidémique
 - (adulte: MNI / PI VIH)

Exanthèmes roséoliformes

- **Toxidermie**: prise médicamenteuse
- **Etiologies infectieuses**
 - Rubéole
 - Exanthème subit du nourrisson (HHV6)
 - Adulte: syphilis / fièvre typhoïde / PI VIH

Rougeole (++)

Généralités

- **Définition:** infection virale à Paramyxovirus (virus ARN) : morbillivirus
- **Transmission directe par voie aérienne inter humaine**
- **Incubation 10j, contagiosité jusqu'à 5j après l'éruption**
- **Nouveaux-nés protégés jusqu'à 6 mois par les Ac maternels**
- **Epidémiologie**
 - Fièvre éruptive la plus fréquente au monde (PVD surtout)
 - Plus rare mais **pas** disparue en France (couverture = 95%)

Diagnostic

- **Examen clinique**
 - **Interrogatoire**
 - **Terrain:** enfant entre 8M et 5ans / vérifier **statut vaccinal** (carnet de santé) et **ATCD de rougeole**
 - **Anamnèse:** incubation (10J) puis invasion: catarrhe laryngo-oculo-nasale +++
 - **Phase d'invasion = 4j**
 - **Catarrhe oculo-respiratoire:** larmoiement / conjonctivite / rhinorrhée / toux
 - **Enanthème:** signe de **Köplik:** tâches blanches sur les faces internes des joues
 - **Phase d'état: exanthème = 2 semaines après le contage**
 - **Exanthème morbilliforme**
 - **maculo-papules** rouge vif / non prurigineuses / avec peau saine
 - débute au **visage** et derrière les oreilles puis tronc et membres ("la classique évolution descendante")
 - 1 poussée et régression en 1 semaine
 - **Signes associés**
 - catarrhe avec conjonctivite / diarrhée
 - **fièvre** élevée / toux
- **Examens complémentaires**
 - !! Confirmation paraclinique **indispensable:** cf déclaration obligatoire
 - **Sérologie +++ :** IgM (présents ou à **répéter à J15**) / IgG (séroconversion)
 - **Alternatives:** PCR sur les sécrétions nasales / IgM sur la salive..

Evolution

- **Histoire naturelle:** disparition spontanée de la fièvre puis de l'exanthème en ~ 10J
- **Complications**
 - **Surinfections bactériennes:** OMA +++ / pneumopathies (staph ou pneumocoque)
 - **Diffusion virale:** bronchite/ laryngite
 - Complication neurologique : **aigu** : encéphalite **aigu** morbilleuse et **chronique** : pan-encéphalite sclérosante subaiguë
 - **Risque de décès:** !! une des 1ère cause de mortalité évitable-cécité dans les PVD
 - **Grossesse :** pneumopathie sévère, **occlusion des artères placentaires, pas de risque malformatif**

Traitement

- **Prévention = vaccination:** ROR recommandé à **M12 et M13-23 (A savoir !)** (cf [Vaccinations.](#))
- **Traitement curatif = symptomatique:** antipyrétiques + mesures physiques / ABT uniquement si surinfection avérée
- **Mesures associées:**
- **Eviction scolaire** / AT jusqu'à 5j après le début de l'éruption
- Sujets **contacts** / !! **MDO** à la ARS (**A savoir !**)
- **Mesures thérapeutiques préventives :** lavages des mains / aération de la chambre
- **Si contage et non vacciné :** vérification sérologique inutile -> vaccination ROR dans les 72H
- Discuter administration d'Ig polyvalente IV dans les 6 jours (pour les patients immunodéprimés/ chez la femme enceinte si non vacciné et pas d'ATCD de rougeole/ nourrisson)

Rubéole

Généralités

- **Définition:** infection virale à Togavirus (virus ARN): rubivirus / rare désormais +++
- **Physiopathologie:** transmission directe (aérienne) interhumaine (**rubéole acquise**) ou transplacentaire (**rubéole congénitale**)
- **Incubation : 15j ; contagiosité : -5 et + 5j**
- **Nouveau né protégé par les Ac maternel jusqu'à 6 mois**

Diagnostic

- **Examen clinique**
 - **Interrogatoire**
 - **Terrain:** enfant de 2 à 10ans / adultes / vérifier **statut vaccinal** et ATCD de rubéole

- **Anamnèse:** incubation (2-3S) puis invasion: fièvre modérée
- **Exanthème**
 - **Roséoliforme:** petites macules **pâles** / non prurigineuses
 - **Topographie:** face puis tronc et membres / atteinte de fesses
- **Signes associés**
 - **Phase d'état:** fièvre modérée / ADP cervicales inconstantes
- **Examens complémentaires**
 - Forme typique: AUCUN / si atypique ou C°: sérologie (IgM)
 - Hémogramme : plasmocytose évocatrice mais inconstante , pas d'hyperleucocytose

Evolution

- **Histoire naturelle:** disparition spontanée sous 10J
- **Complications:**
 - **Chez l'enfant:** rares
 - - articulaire : polyarthrite
 - - hématologique purpura thrombopénique post éruptif
 - - neurologique : encéphalite exceptionnelle
 - **Femme enceinte +++ :** embryofœtopathie / rubéole congénitale si item 20)

Traitement

- **Prévention = vaccination:** ROR à M12 puis M13-23 / en post-partum si (-)
- **Traitement curatif = symptomatique:** antipyrétiques et mesures physiques
- **Mesures associées:** pas d'éviction mais éviter contact avec une femme **enceinte +++**
- **!! NPO :** vacciner la femme enceinte dans le post partum si non vacciner

Mégalérythème épidémique

Généralités

- **Définition:** infection virale au Parvovirus B19
- **Physiopathologie:** transmission directe (aérienne) interhumaine

Diagnostic

- **Examen clinique**
 - **Interrogatoire**
 - **Terrain:** 5-14ans le plus souvent / adulte
 - **Anamnèse:** incubation (1-2S) puis invasion fébrile (48h)
 - **Exanthème**
 - **Erythème des joues:** maculo-papuleux / « aspect **souffleté** » caractéristique
 - **Puis exanthème morbilliforme:** macules / bords « en carte de géographie »
 - **Topographie:** **joues puis membres** vers extrémités +/- tronc et fesses
 - **Signes associés:** (inconstants) purpura / arthrite distales / lésions aphtoïdes, syndrome en "gant et chaussette"
- **Examens complémentaires**
 - Forme typique: AUCUN / si atypique ou C°: sérologie (IgM) ou PCR
 - Pour l'ecn faire une sérologie chez la femme enceinte et le drépanocytaire (terrain à risque de complications)

Evolution

- **Histoire naturelle:** disparition spontanée mais peut durer plusieurs semaines
- **Complications**
 - **Chez l'enfant:** anémie érythroblastopénique chez l'enfant drépanocytaire
 - **Femme enceinte:** embryofœtopathie (anasarque foeto-placentaire) (cf [Prévention des risques foetaux : infection, médicaments, toxiques, irradiation](#))
 - **RECIDIVE ++ (à 1 mois) :** rash maculopapuleux, prurit +/- arthralgie

Traitement

- **Traitement symptomatique:** antipyrétiques et mesures physiques
- **Mesures associées:** éviter contact avec une femme **enceinte +++**

Exanthème subit

Généralités

- **Définition:** infection virale à HHV 6 (human herpes virus) / parfois HHV 7
- **Transmission direct par voie aérienne**
- **Nouveau né protégé par Ac maternel jusqu'à l'âge de 6 mois**

Diagnostic

- **Examen clinique**
 - **Interrogatoire**

- **Terrain:** **nourrisson** entre M6 et M24 / rare après 4ans
- **Anamnèse:** incubation (15j) puis invasion: **fièvre élevée** (40°C) isolée
- **Exanthème**
 - **Roséoliforme:** à la défervescence / maculo-papuleux rose pâle
 - **Topographie:** cou (rarement la face) puis tronc et membres
- **Signes associés:** ADP cervicales / leucopénie / parfois papules du palais
- **Examens complémentaires**
 - Dans tous les cas: AUCUN +++
 - SAUF forme sévère -> PCR HHV6 dans le sang
 - Élément d'orientation : leuconéutropénie à j3 ++

Evolution

- **Histoire naturelle:** disparition spontanée rapide (« exanthème subit »): 1-2j
- **Complications:** crise convulsive hyperthermique (cf [Convulsions chez le nourrisson et chez l'enfant.](#)) / **rarement** : méningite et méningo encéphalite

Traitement

- **Traitement symptomatique:** antipyrétiques et mesures physiques
- **Pas d'éviction scolaire, cela dit la fréquentation de la collectivité à la phase aiguë n'est pas souhaitable** (Bourillon)

Scarlatine

Généralités

- **Définition:** infection bactérienne par streptocoque hémolytique du groupe A (SGA)
- **Physiopathologie:** mécanisme **toxinique** (« toxine érythroène »)

Diagnostic

- **Examen clinique**
 - **Interrogatoire**
 - **Terrain:** enfant entre 5 et 10ans
 - **Anamnèse:** incubation (3-5j) puis invasion: angine avec fièvre élevée
 - **Exanthème**
 - **Scarlatiniforme:** placards rouges **confluents** sans intervalle de peau saine
 - **Topographie:** débute au pli de flexion puis thorax et abdomen + **extrémité** (respect paume et plante) parfois visage (région péribuccale)
 - **Enanthème**
 - **Glossite** caractéristique: saburrale puis desquamation (« langue framboise »)
 - **amygdales tuméfiées et inflammatoires**
 - **Signes associés**
 - Invasion: angine érythémateuse avec ADP sub-mandibulaires et vomissements
 - Chaleur (« cuisson ») et **desquamation** en lambeaux: aspect en « doigts de gants »
- **Examens complémentaires**
 - **TDR +++ :** positif = angine à SGA (retenir scarlatine = angine ++)
 - **Sérologie:** Ac anti-streptolysine (ASLO) tardifs et inconstants
- **!! Diagnostics différentiels**
 - **devant un érythème scarlatiniforme, évoquer:** cf [Exanthème et érythrodermie de l'adulte et de l'enfant](#)
 - Epidermolyse staphylococcique
 - Choc toxinique staphylococcique
 - Syndrome de Kawasaki

Evolution

- **Histoire naturelle:** résolution sous traitement en 7 à 10j
- **Complications:** OMA / C° post-streptococciques (érythème noueux / GNA / RAA)

Traitement

- **Traitement symptomatique:** paracétamol 60mg/kg/j en 4 prises + mesures physiques
- **Antibiothérapie: amoxicilline 50mg/kg/j** en 2 prises PO pendant **6 jours** (idem angine)
- **Mesures associées: éviction** scolaire pendant 2 jours / annotation carnet de santé
- **Antibioprophylaxie ++ (CEDEF) :** en cas d'épidémie, sujet avec FDR d'infection invasive (âge > 65 ans, insuffisance cardiaque ou hépatique, immunosuppression, diabète, varicelle)

Syndrome de Kawasaki (= syndrome adéno cutanéomuqueux)

Généralités

- **Définition:** vascularite d'étiologie indéterminée (hypothèse virale)
- **!! Toute fièvre isolée > 5j doit faire suspecter (et traiter) un Kawasaki (A savoir !)**

Diagnostic

- **Examen clinique**
 - **Terrain:** nourrisson et enfant < 5ans (90% des cas)
 - **Diagnostic si ≥ 5 critères majeurs sur 6**
 - **Fièvre isolée:** sans étiologie identifiée de durée ≥ **5 jours** +++
 - **Exanthème:** morbilliforme **ou** scarlatiniforme / (roséoliforme)
 - **Conjonctivite:** bilatérale / non purulente / avec hyperhémie : surveiller à la lampe à fente car risque d'uvéïte antérieur
 - **Atteinte buccale:** chéillite (lèvres sèches) / stomatite (langue framboisée)
 - **Atteinte des extrémités:** érythème oedémateux puis desquamation, érythème palmo-plantaire
 - **Adénopathies:** ≥ 1.5cm / cervicales / non suppuratives / **asymétrique**
 - **+/- présence de signes associés**
 - **signes généraux:** AEG parfois majeure (enfant « grognon » ou « geingard »)
 - **signes neurologiques:** troubles du comportement / irritabilité / Sd méningé
 - **signes digestifs:** vomissements / diarrhée / douleur abdominale
 - **autres:** **cystite aseptique** / péricardite / arthralgie / myalgies/ induration de la cicatrice de vaccination par le BCG (très précoce et spécifique)
- **Examens complémentaires**
 - **NFS-P et VS-CRP:** syndrome inflammatoire **constant** et souvent majeur / **puis thrombocytose évocatrice (>1m°) et hyperleucocytose**
 - **Bilan infectieux:** ECBU / hémocultures +/- PL : éliminer un diagnostic différentiel
 - **ECG + ETT +++ :** pour rechercher un anévrisme des coronaires (**A savoir !**) / signes écho d'une atteinte coronaire débutante : dilatation sans perte de parallélisme des bords de la coronaire, irrégularité de la lumière vasculaire, hyperéchogénicité des parois du vaisseau.
 - **Echographie abdominale et BHC:** à la recherche d'une hydrocholécyste, **transaminase élevé**

Evolution

- **Evolution naturelle:** résolution sous traitement en 4 à 5S / pas de récurrence en général
- **Complications**
 - cardiovasculaire : initialement : péricardite et myocardite ; secondairement : anévrisme des coronaires +++
 - Fait la gravité: risque d'IDM (2% des cas) / régressif en quelques mois
 - abdominal : hydrocholécyste
 - Décès

Traitement

- **Mise en condition**
 - Hospitalisation initiale systématique
 - Pose VVP et monitoring pendant Ig IV
- **Traitement curatif**
 - **Immunoglobulines: Ig polyclonales** fortes doses en IV pendant 48H (NPO : prévoir un bilan sérothèque car risque de modification) : pour la prévention des atteintes cardiaques (succès : 90% si échec : 2nd cure)
 - **Aspirine en 2 phases :** pour la diminution du syndrome inflammatoire
 - à dose anti-inflammatoire sur 2S
 - puis dose anti-agrégante pour 8S
 - **Puis NPO :** traitement préventif des complications cardio-vasculaires
- **Traitement symptomatique**
 - **Antipyrétique:** paracétamol 60mg/kg/j en 4 prises et mesures physiques
 - **Réhydratation:** par SRO ou parentérale selon niveau de déshydratation
- **Surveillance +++**
 - **Clinique:** disparition de la fièvre / tolérance des Ig et aspirine
 - **Echographie cardiaque:** au départ, puis dans 2 mois (si normal on s'arrête la), si anévrisme : prévoir une épreuve d'effort par scintigraphie cardiaque, si anomalie = coronarographie

Maladies éruptives traitées ailleurs

Varicelle de l'enfant (et de l'adulte): cf [Infections à herpès virus du sujet immunocompétent](#)

Herpès: gingivo-stomatite herpétique: cf [Infections à herpès virus du sujet immunocompétent](#)

Mononucléose infectieuse: cf [Syndrome mononucléosique](#)

Devant une suspicion de rougeole, quel est l'élément d'interrogatoire essentiel à demander ?

- Statut vaccinal (A savoir !)

Quels sont les 2 modes de transmission de la rubéole ?

- Transmission directe (aérienne) interhumaine
- Transplacentaire

Quel est le traitement antibiotique de 1ère intention de la scarlatine chez l'enfant (avec la posologie)?

- Amoxicilline 50mg/kg/j en 2 prises PO pendant 6 jours

Quel examen d'imagerie doit être absolument réalisé devant un syndrome de Kawasaki ? Pourquoi ?

- ETT
- Car initialement il y a un risque de myocardite et de péricardite (souvent non cité par les étudiants) puis secondairement un risque d'anévrisme des coronaires

Quels sont les 2 composantes du traitement curatif du syndrome de Kawasaki ?

- Ig polyclonales
- Aspirine