

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: ± 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-fœtal

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



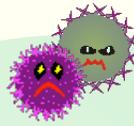
Formes inhabituelles ou trompeuses: forme inapparente, rash maculaire non réticulé, éruption généralisée, éruptions purpuriques (purpuras pétéchiaux, purpura d'Henoch)

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

MALADIE DE GIANOTTI-CROSTI

Divers virus
(Epstein-Barr, hépatite B, etc.)

Incubation fonction
de l'agent causal



Éviction scolaire généralement
non indiquée

Toutes saisons



Âge
préscolaire



Contagiosité fonction de
l'agent pathogène



Généralement

- Bon état général
- Pas ou peu de fièvre
- Pas ou peu de prurit cutané



Conjonctives normales



Répartition des lésions
(joues, coudes et genoux)



ÉRUPTION PAPULEUSE

- Papules rosées ou rouges, parfois purpuriques, de petites tailles, situées classiquement sur les joues, les coudes et les genoux
- Parfois, larges placards rouges et surélevés par coalescence des lésions
- Chez l'enfant, éruption souvent généralisée avec lésions clairsemées sur le tronc et les membres
- Guérison sans cicatrices
- Pas de lésions muqueuses

Prévention
informer, rassurer



Contacts normaux:
informer, rassurer
Contacts à risque:
selon contexte étiologique



Traitement
symptomatique

Risque embryo-
fœtal
négligeable

Complications

Absence habituelle
de complications

Facteurs
de risque

Selon étiologie



En règle général,
maladie bénigne;
guérison spontanée
en 2 à 4 semaines



Tests diagnostiques
selon contexte clinique



Examens complémentaires
habituellement inutiles



Formes inhabituelles ou trompeuses: éruption généralisée ou réduite à quelques papules; regroupement des lésions en larges placards surélevés; pas ou peu de lésions sur les joues, les coudes et les genoux.

Ne pas confondre avec: eczéma, gale, piqûres d'insecte, varicelle.

MALADIE DE KAWASAKI

Agent inconnu

Durée d'incubation inconnue



Éviction scolaire jusqu'au rétablissement

Toutes saisons
(épidémies hiverno-
vernales)



Âge préscolaire



Très faible
contagiosité (?)



- Fièvre élevée
- Irritabilité
- Adénopathie cervicale
- Douleurs abdominales, diarrhée, vomissements
- Pyurie aseptique, dysfonction hépatique, arthrite/arthralgies



Yeux rouges (conjonctive
bulbaire non suppurative)



Risque d'atteinte
cardiaque



ÉRUPTION MACULO-PAPULEUSE

- Éruption généralisée polymorphe (le plus souvent maculo-papuleuse, morbilliforme ou scarlatiniforme et à prédominance tronculaire)
- Rougeur et œdème induré des mains et des pieds
- Secondairement desquamation péri-unguéale et palmo-plantaire
- Anomalies bucco-labiales (érythème buccal et pharyngé, langue framboisée, lèvres rouges et fissurées)

Prévention
Contacts normaux:
surveillance
Contacts à risque:
Surveillance



Gammaglobulines IV
et aspirine

Risque embryo-
? foetal
inconnu

Complications ⚡
Anévrismes coronariens,
infarctus myocardique,
arythmies, péricardite,
méningite aseptique

Facteurs ⚡ de risque
Race jaune, sexe masculin,
âge < 1 an, fièvre > 10 jours,
anémie, hypo-albuminémie

Guérison en 1 à 2 mois;
rares récurrences



Diagnostic à retenir si présence
de 5 critères majeurs: (1) fièvre
≥ 5 jours, (2) éruption, (3)
anomalies bucco-labiales, (4) yeux rouges,
(5) œdème et érythème des mains et des
pieds, (6) adénopathie cervicale



Examens complémentaires: FSC, analyse
d'urine, sérologie virale (rougeole), cultures
(gorge, sang), échocardiographie



Formes inhabituelles ou trompeuses: fièvre isolée (petit
nourrisson), formes incomplètes, éruption limitée au
siège, adénite cervicale inaugurale
Ne pas confondre avec: rougeole, scarlatine, exanthème
viral (adénovirus), rash médicamenteux, syndrome du
choc toxique

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



Prévention

Mesures d'hygiène habituelles

Âge



préscolaire



Faible contagiosité
(pendant une dizaine de jours)

Traitement symptomatique



- Bon état général
- Fièvre modérée
- Dysphagie, anorexie

Risque embry-foetal

négligeable

Complications

Rarement: myocardite, méningo-encéphalite, méningite aseptique

Facteurs de risque

Déficits immunitaires



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



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



Éviction scolaire jusqu'au rétablissement

Toutes saisons



Tous âges



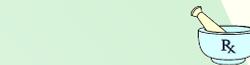
Contagiosité jusqu'à la fin du 1^{er} jour d'antibiothérapie



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

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)



Complications

Méningite, coagulation intravasculaire 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

ÉRUPTION PURPURIQUE

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

Tests diagnostiques:

frottis et cultures (LCR, 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 pétéchieux.

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



Prévention

Mesures d'hygiène habituelles

Âge préscolaire (6 à 24 mois)



Faible contagiosité pendant la phase fébrile



Traitement symptomatique



Risque embryofœtal négligeable



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



Conjonctives normales



"Fièvre de 3 jours" puis éruption



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

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)

ROUGEOLE (measles, rubeola)

Virus rougeoleux
(paramyxovirus)

Incubation de 8 à 12 jours



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

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

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-foetal

Faible risque de maladie congénitale

Complications

Otite, convulsion, diarrhée, pneumonie, laryngo-trachéo-bronchite, encéphalite, panencéphalite sclérosante subaiguë (incubation \pm 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



Prévention

Femmes enceintes réceptives: surveillance sérologique, retrait préventif

Surtout nourrissons adolescents



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



Traitement symptomatique

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

Risque embryofœtal

Risque d'embryopathie-fœtopathie tératogène

Complications

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



Conjonctives normales

Facteurs de risque

Grossesse



Risque tératogène



Guérison rapide de la forme acquise

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)



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



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

Toutes saisons



Prévention

Contacts normaux :
surveillance

Contacts à risque :
culture de gorge

Âge scolaire



Contagiosité maximale
au stade aigu de la maladie



Antibiothérapie
orale (pénicilline V)

Risque embryo-
fœtal
négligeable

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



Conjonctives normales

Complications

Abcès périamygdalien,
rhumatisme articulaire aigu,
glomérulonéphrite aiguë

Facteurs de risque

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



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



Guérison rapide
sous antibiotique

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 pétéchiés au niveau du palais, langue saburrale puis rouge framboise



Tests diagnostiques :
culture de gorge



Examens complémentaires
habituellement inutiles



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



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

Toutes saisons



Âge scolaire



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



Conjonctives normales

- État général plutôt bon
- Fièvre modérée
- Prurit



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

Prévention

Contacts normaux : surveillance

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



Traitement symptomatique; acyclovir si facteur de risque

Risque embry-fœtal

Faible risque tétatogène

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