

La survenue d'une éruption le plus souvent en contexte fébrile, est une situation fréquente chez l'enfant.

Une analyse clinique précise (interrogatoire et examen clinique) suffit parfois au diagnostic, ou au moins oriente la prescription d'éventuels examens complémentaires, et permet de définir la conduite à tenir. Dans tous les cas, l'examen clinique doit être complet chez un enfant entièrement nu.

Trois grands groupes de causes sont systématiquement envisagés :

- les maladies infectieuses en premier lieu,
- les éruptions d'origine immuno-allergique, qui parfois compliquent une maladie infectieuse ou son traitement
- les maladies générales à expression cutanée, beaucoup plus rarement chez l'enfant.

[1- Rougeole](#)

[2 - Rubéole](#)

[3 - Mégalérythème épidémique](#)

[4 - Exanthème subit](#)

[5 - Mononucléose infectieuse](#)

[6 - Scarlatine](#)

[7 - Varicelle](#)

[8 - Herpès](#)

[9 - Syndrome de Kawasaki](#)

PRINCIPALES « MALADIES ÉRUPTIVES »

Rougeole

due à un virus du groupe des paramyxovirus, survient plutôt chez des enfants entre 3 et 7 ans après contagion 10 à 15 jours auparavant. Il existe une phase de catarrhe oculo-nasal prééruptive s'accompagnant d'une hyperthermie à 39-40°C, d'une toux, d'un signe de Köplick (petits points blancs entourés d'un halo inflammatoire rouge en regard des premières molaires supérieures), puis survient l'éruption 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 (méningo-encéphalite, pneumopathies, myocardite, kératite).

Rubéole

est une affection virale de l'enfant due à un toga-virus, devenue rare avec la vaccination. Elle passe totalement inaperçue dans un cas sur deux. Après une incubation de 2 à 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.

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, 5^e jour, avec apparition d'une éruption discrète et fugace. Cet exanthème est constitué de macules, voire de maculo-papules de petite taille, prédominant au tronc. Les principales complications de cette affection sont un bombement de la fontanelle, et la survenue de convulsions dont on ne sait si elles sont à rapporter à l'hyperthermie, ou à une encéphalite. Une hépatite est également possible. Le principal virus responsable est l'HHV6, mais autre virus du groupe herpès, l'HHV7 peut induire un exanthème subit, plutôt après 1 an. À côté des formes typiques, la primo-infection HHV6 ou HHV7 peut se manifester par une fièvre isolée ou une éruption sans fièvre.

Mégalérythème épidémique

Il est lié à une infection par le parvovirus B19. Les caractéristiques sémiologiques de cet exanthème viral. À noter qu'après la disparition de l'éruption, il existe une possibilité de récurrence, même pendant plusieurs semaines, voire mois, au soleil, à la chaleur, à l'effort.

La primo-infection chez l'adulte est beaucoup moins fréquente. La symptomatologie générale est alors plus marquée, avec fièvre, polyadénopathies, et polyarthralgies. L'éruption est en revanche généralement plus discrète, l'aspect souffleté du visage étant très rare ; il s'agit d'une éruption maculo-papuleuse, parfois confluyente 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.

Varicelle et herpès

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 p. 100 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, méningo-encéphalites). En cas de prise d'une aminopénicilline (et moins fréquemment d'autres antibiotiques) une éruption maculo-papuleuse confluyente 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 le MNI-test (ou le Monospot) et éventuellement par une sérologie EBV caractéristique d'infection récente (IgM antiantigène de capsid [anti-VCA] et absence d'anti-antigènes nucléaires [anti-EBNA]).

Scarlatine

Il associe

- début brutal par une fièvre à 39-40°C, douleurs pharyngées, céphalées ;
- angine rouge avec adénopathies sous-maxillaires ;
- au bout de 12 à 24 h : exanthème et 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 péribuccale.

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, 10 jours.

Entre le 10^e et le 30^e jour, une desquamation débute au tronc puis atteint les extrémités en « doigts de gants ».

le diagnostic de scarlatine, il faut

- faire des prélèvements bactériologiques de la gorge ;
- prescrire un antibiotique antistreptococcique (pénicilline, macrolide).

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 non seulement aux plis, mais également en péribuccal ;
- 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.

Syndrome (adénocutanéo-muqueux) de Kawasaki

C'est un syndrome inflammatoire (probablement en réaction à un agent infectieux ou toxique jouant le rôle d'un superantigène) qui s'accompagne d'une vasculite 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 38,5°C, durant plus de 5 jours et ne répondant pas aux antibiotiques ;
- une conjonctivite avec œdème des paupières, sans kératite ;
- un érythème pharyngé, sans aphte, ulcération, ni bulle, associé fréquemment à une langue framboisée et à une chéilite ;
- 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. Plusieurs poussées peuvent s'observer. Il régresse généralement en 1 semaine ;
- un érythème palmo-plantaire 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, infarctus, embolie cérébrale.

Une hospitalisation est indispensable pour échographie cardiaque, surveillance évolutive et mise en route d'un traitement associant immunoglobulines IV (2 g/kg en 1 ou 2 perfusions), et aspirine à doses anti-inflammatoires, pour réduire le risque d'atteinte coronarienne.

Diagnostic différentiel des fièvres éruptives « classiques »

Autres viroses

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.

Certaines infections à entérovirus (coxsackie, virus ECHO 9) s'accompagnent souvent d'une éruption fugace, surtout chez l'enfant de moins de 3 ans. Cette éruption touche principalement le tronc, puis les paumes et les plantes et s'accompagne d'un érythème. Ces infections surviennent surtout l'été après une incubation de quelques jours avec de la fièvre, des céphalées, une anorexie et une gastroentérite. Les infections à coxsackie peuvent s'accompagner de vésicules ovalaires des mains et des pieds (syndrome mains-pieds-bouche) avec un érythème vésiculeux du voile du palais ; souvent, le tableau est incomplet.

Maladies de système

On distingue

le lupus érythémateux qui 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 ;

la dermatomyosite juvénile qui peut débuter par un exanthème du visage et des mains pouvant simuler un mégalérythème et des signes musculaires discrets (fatigabilité) ;

la maladie de Still (arthrite chronique juvénile) dont les manifestations articulaires apparaissent parfois secondairement après une fièvre éruptive isolée. L'éruption est fugace, faite de petites macules rosées, mesurant de quelques millimètres à quelques centimètres 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. Hémocultures et recherches de foyers infectieux restent négatives.

