

Maladies éruptives de l'enfant

C. BODEMER (*Necker-Enfants Malades, Paris*), B. CRICKX (*Bichat, Paris*),
J.-C. ROUJEAU (*Créteil*)

Objectifs

- Diagnostiquer et distinguer une rougeole, une rubéole, un herpès, un mégalythème, une varicelle, un exanthème subit, une mononucléose infectieuse, une scarlatine, un syndrome de Kawasaki.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

Dans la majorité des cas les fièvres éruptives infantiles correspondent à des viroses exanthématiques, voire à des étiologies bactériennes. Beaucoup moins fréquemment ces fièvres éruptives sont les premières manifestations d'une affection potentiellement plus sévère, et chez l'enfant le souci constant est de ne pas passer à côté du diagnostic d'un syndrome de Kawasaki.

Les caractéristiques de l'exanthème lui-même, les signes associés (éнанthème, adénopathies, pharyngite etc.), les circonstances de survenue, et en particulier les données épidémiologiques et le carnet de vaccination, sont des éléments essentiels à la démarche diagnostique et à la prise en charge de l'enfant.

Les études microbiologiques de ces dernières années montrent bien qu'il n'existe aucun lien univoque entre un type d'exanthème, ou de maladie éruptive, et un agent infectieux donné : un même tableau clinique stéréotypé peut être dû à plusieurs agents infectieux, et un même agent infectieux peut être à l'origine de plusieurs tableaux cliniques.

L'EXANTHÈME

Exanthème viral

Presque toutes les variétés sémiologiques ont été décrites au cours des exanthèmes viraux, mais on observe surtout des exanthèmes maculo-papuleux, et des exanthèmes vésiculeux.

L'exanthème maculo-papuleux est le plus fréquent. Il peut être morbilliforme, fait d'éléments séparés, parfois confluents. Une évolution à marche descendante est alors très évocatrice d'une rougeole. Il peut aussi être rubéoliforme, composé d'éléments plus fins, et plus serrés, voire roséoliforme fait de macules espacées, discrètement rosées. Beaucoup plus rarement l'érythème est scarlatiniforme, composé de larges plaques rouge foncé, voire purpurique,

avec un aspect chaud et grenu à la palpation, sans espace de peau saine. Cet aspect sémiologique doit faire rechercher une autre étiologie mais n'élimine pas le diagnostic d'exanthème viral (*tableau I*).

L'exanthème vésiculeux est très en faveur d'une virose. En dehors de la varicelle il s'agit surtout d'infections à entérovirus (coxsackies). Les vésicules sont alors de plus petite taille que dans la varicelle, et disparaissent rapidement après une simple flétrissure, sans phase d'ombilication et de croûtes. La localisation au cuir chevelu n'est pas courante, par contre les extrémités sont volontiers atteintes.

La durée des exanthèmes viraux est variable, allant de 24 heures à plus d'une semaine. Le moment de l'apparition de l'éruption par rapport au début de la fièvre est aussi variable. Un énanthème est très fréquemment associé (hyperhémie pharyngée, vésicules...).

Exanthème bactérien

L'exanthème bactérien est plus volontiers scarlatiniforme, ou à type de « coup de soleil ».

Un décollement cutané superficiel peut survenir rapidement sur cette peau érythémateuse évoquant un processus toxinique, volontiers staphylococcique. Un exanthème scarlatiniforme orientera davantage vers un streptocoque, mais peut également s'observer au cours d'une infection staphylococcique (scarlatine staphylococcique).

Les diagnostics étiologiques différentiels des principaux types d'érythèmes sont rapportés dans le *tableau I*.

LES DIAGNOSTICS ÉTIOLOGIQUES : DÉMARCHE

Schématiquement on peut distinguer trois types de situation clinique :

L'exanthème survient avec une évolution stéréotypée évoquant une « maladie éruptive » classique de l'enfant (rou-

Tableau I. – Principales étiologies en fonction du type de l'érythème : diagnostics différentiels des maladies éruptives de l'enfant.

- Erythèmes scarlatiniformes :
 - Maladies infectieuses :
 - essentiellement bactériennes :
 - scarlatine
 - toxic Shock Syndrome
 - mais aussi :
 - septicémies à staphylocoques, streptocoques, méningocoques
 - fièvre typhoïde
 - Parfois viroses atypiques : mononucléose infectieuse, ...
 - Toxidermies :
 - bêta-lactamines, sulfamides, anti-inflammatoires, anticomitiaux
 - Mais aussi plus exceptionnellement :
 - certains cas de syndrome de Kawasaki...
 - Indéterminées
-
- Erythèmes morbilliformes :
 - Maladies infectieuses :
 - essentiellement virales :
 - rougeole
 - rubéole
 - mégalérythème épidémique
 - exanthème subit
 - echovirus (9 et 16), adénovirus
 - coxsackies
 - moins fréquemment :
 - mononucléose infectieuse, cytomégalovirus, hépatite virale
 - toxoplasmose
 - HIV
 - Parfois bactérien, ou apparenté : rickettsioses, mycoplasme, leptospirose...
 - Syndrome de Kawasaki, Lupus
 - Indéterminées
-
- Erythèmes roséoliformes :
 - Roséole syphilitique à évoquer chez l'adulte de première intention
 - Viroses (human herpes virus 6), toxidermie

geole, rubéole, mégalérythème, exanthème subit, varicelle, scarlatine...). Ou bien le profil évolutif est moins stéréotypé, mais les caractéristiques de l'éruption et de ses signes d'accompagnement, les données épidémiologiques permettent d'évoquer une « virose exanthématique » et d'en préciser le type. En dehors d'un terrain particulier (déficit immunitaire...) l'attitude en consultation est simple : il faut surveiller ces enfants, donner quelques conseils aux parents (surveillance de la fièvre, type d'antipyrétiques possibles, bonne hydratation, antibiotique si contexte évocateur d'une affection bactérienne...).

L'exanthème s'associe à un ensemble d'autres manifestations viscérales aggravant d'emblée l'état général de l'enfant et évoquant un syndrome grave (Kawasaki, syndrome du choc toxique...). L'attitude immédiate est relativement simple, même si la prise en charge ultérieure et le pronostic pour

l'enfant sont plus lourds : l'enfant doit être hospitalisé pour rechercher une étiologie, souvent bactérienne, ou une maladie de système, et mettre rapidement en route le traitement qui s'impose (antibiotiques, gamma-globulines, corticothérapie...).

Enfin, le dernier cas de figure est celui où l'exanthème fébrile n'est pas spécifique, reste isolé, ou s'associe à quelques autres manifestations, (arthralgies, myalgies, chéilite...) sans caractère de gravité d'emblée. C'est la situation la plus fréquente, habituellement heureusement spontanément régressive et de bon pronostic pour l'enfant, mais pour laquelle l'attitude immédiate n'est pas toujours facile en absence de diagnostic précis, et en présence de parents inquiets. On parle généralement de virose, sans doute à juste titre, mais on est souvent embarrassé : faut-il faire, ou non, un bilan ? Le problème est alors, sans abuser d'examens complémentaires inutiles, de ne pas passer à côté d'une pathologie qui nécessiterait une prise en charge thérapeutique rapide.

« LES MALADIES ÉRUPTIVES » ET LES « VIROSES EXANTHÉMATIQUES »

Principales « maladies éruptives »

Les caractéristiques sémiologiques des principales maladies éruptives virales sont résumées dans le *tableau II*.

ROUGEOLE

Les principales complications de la rougeole sont des méningo-encéphalites, des pneumopathies, des myocardites et des kératites pouvant entraîner une cécité. La rougeole peut également encore être mortelle chez les jeunes enfants par déshydratation, en particulier dans les pays sous-développés.

RUBÉOLE

Le problème principal de la rubéole est la sévérité de la rubéole congénitale en cas de contamination d'une femme enceinte ; d'où l'importance de la vaccination.

Depuis 1979 les vaccins contre la Rubéole et la Rougeole utilisés en France (ROR) sont des vaccins vivants atténués. Les échecs à ces vaccinations sont quasi-nuls pour la rubéole, et de 3 à 6 p. 100 pour la rougeole. L'introduction de la vaccination contre la rubéole a fait disparaître les épidémies dans les pays où elle a été largement utilisée. L'incidence réelle de la rubéole est cependant difficile à évaluer et sans doute sous-estimée du fait de l'absence de déclaration obligatoire, et de la discrétion des symptômes. A signaler que encore 60 p. 100 des avortements thérapeutiques réalisés en raison d'une rubéole, sont faits chez des femmes multipares, qui auraient pu être vaccinées après leur première grossesse quand on les savait non protégées. Les complications sévères de ces vaccins sont exceptionnelles. Une réaction au ROR peut apparaître du 5e au 15e jour après la vaccination à type d'hyperthermie, de catarrhe, de rash morbilliforme générale-

Tableau II. – Maladies éruptives virales classiques.

	Rougeole	Rubéole	Mégalérythème épidémique	Exanthème subit
Lésion élémentaire	maculo-papuleuse confluente en placards morbilliforme	rose pâle morbilliforme peut être absente	aspect de visage souffleté	maculopapules rose pâle
Topographie	visage derrière les oreilles puis tronc et membres	visage puis tronc et membres, atteinte des fesses ++	visage puis membres : érythème maculeux en « maille de filet »	cou puis tronc, membres visage respecté
Enanthème	Signe de Köplik : tâches blanches sur les faces internes des joues, entourées d'un halo inflammatoire	macules ou pétéchies peu fréquentes	macules rares lésions aphtoides non exceptionnelles	Petites papules érythémateuses du palais mou (spots de Nagayama) possibles
Autres signes	Toux	adénopathies cervicales postérieures, lymphocytose ou plasmocytose sanguine	o	– adénopathies cervicales – bombement de fontanelle possible
Evolution	guérison 8 à 10 jours desquamation fine	guérison 6 à 10 jours	guérison 6 à 10 jours	1 à 2 jours
Age	8 mois-5 ans	2-10 ans et adultes	2-10 ans et adultes	6-24 mois
Incubation	10-15 jours	14-21 jours	5-14 jours	10-15 jours
Prodromes	Fièvre 39°-40 °C, – catarrhe des voies aériennes, conjonctivite, photophobie. Enfant grognon	fièvre modérée	o	Fièvre à 40 °C, tombant à 37° le jour de l'éruption
Virus	virus de la rougeole : (paramyxovirus)	virus de la rubéole (togavirus)	Parvovirus B19	virus HHV-6 parfois HHV7

ment discret et fugace. L'immunité est acquise 1 à 2 mois après la vaccination. Il est important de vacciner les enfants en dehors de tout épisode infectieux, si l'on veut obtenir une bonne couverture immunologique, et de conserver le vaccin à l'abri de la chaleur. Les contre-indications au ROR sont celles d'un déficit immunitaire avéré, de maladies oncologiques évolutives, et les rares allergies vraies aux protéines de l'œuf.

EXANTHÈME SUBIT ET VIRUS HHV-6

La sémiologie de l'exanthème subit (ES) est bien connue : survenue, chez un enfant entre 6 mois et 2 ans, d'une fièvre élevée (39°, 40 °C) classiquement bien supportée, suivie d'une défervescence brutale au 4e, 5e jour, avec apparition d'une éruption discrète et fugace. Cet exanthème est constitué de macules, voir 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 non documentée. Le principal virus responsable est l'HHV-6, virus du groupe herpes virus.

Trois formes cliniques sont liées à l'HHV6 : des formes typiques avec fièvre élevée en plateau, et défervescence brutale au 3^e, 5^e jour, à l'apparition de l'éruption ; des formes hyperthermiques pures sans éruption ; des formes avec éruption mais sans fièvre.

Quelques observations, en période néonatale ou chez des nourrissons, associent éruption et/ou fièvre avec atteinte hépatique, ou neurologique. A noter qu'au moins un autre

virus du groupe herpes, l'HHV-7 peut donner des tableaux cliniques typiques d'exanthème subit. On souligne ainsi le caractère non univoque de ces viroses exanthématisques, et la possibilité pour un même enfant de faire 2 épisodes cliniques d'exanthème subit, à des tranches d'âge différentes.

MÉGALÉRYTHÈME ÉPIDÉMIQUE

Il est lié à une infection par le parvovirus B19. Les caractéristiques sémiologiques de cet exanthème viral sont résumées dans le *tableau II*. A noter qu'après la disparition de l'éruption il existe une possibilité de résurgence de l'éruption, 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 plus marquée, avec fièvre, polyadénopathies, et polyarthralgies. L'éruption est par contre généralement moins marquée, l'aspect souffleté du visage est très rare, il s'agit d'une éruption maculo-papuleuse, parfois confluente en plaques géographiques.

Des cas de purpura vasculaire, d'érythème noueux, d'éruption vésiculo-pustuleuse, d'érythème polymorphe ont été également rapportés ; la responsabilité du parvovirus est parfois difficile à établir, les IgM spécifiques pouvant persister pendant six mois.

VARICELLE ET HERPÈS

Un chapitre entier est consacré à la varicelle et à l'herpes : s'y reporter.

SCARLATINE

Le tableau clinique classique de la *scarlatine streptococcique* associe un début brutal, une température à 39°, 40°, des douleurs pharyngées associées à des céphalées, vomissements, une angine rouge, et des adénopathies sous maxillaires. En 12 à 24 H apparaît l'exanthème qui débute au tronc, puis atteint les racines des membres, la base du cou, les plis de flexion. Il s'étend en un à deux jours, mais respecte les extrémités (paumes, plantes), la région péri-buccale. Il prédomine généralement au tronc, à l'abdomen, aux fesses, avec un aspect grenu très particulier de l'érythème qui s'efface à la vitropression, et s'accompagne parfois d'un prurit modéré trompeur. L'atteinte linguale est très évocatrice avec une langue blanche, puis desquamative en partant de la pointe vers la base avec des papilles à nue. La langue est framboisée du quatrième au sixième jour, totalement lisse vers le neuvième jour, et à nouveau normale vers le douzième jour. L'exanthème disparaît en huit, dix jours. Entre le dixième et le trentième jour une desquamation débute au tronc puis atteint les extrémités « en doigts de gants ». Devant un tel tableau, il est généralement facile d'évoquer le diagnostic de scarlatine. de faire si possible des prélèvements bactériologiques de la gorge, et de prescrire un antibiotique antistreptococcique (pénicilline, macrolide).

Il faut savoir que d'autres germes que le streptocoque peuvent donner un tableau de scarlatine. Notamment il a été décrit des *scarlatines à staphylocoque*. Le tableau clinique est similaire à celui de la scarlatine classique, mais on ne retrouve pas d'angine ni de langue framboisée, l'hyperthermie est habituellement plus modérée, et mieux supportée. Des adénopathies cervicales sont possibles, mais inconstantes, et l'érythème est fréquemment renforcé non seulement aux plis, mais également en péri-buccal. Par ailleurs la desquamation survient beaucoup plus rapidement : 1 à 2 jours après l'apparition de l'érythème, superficielle, avec une résolution complète de l'éruption en quelques jours. La porte d'entrée staphylococcique est à rechercher, il s'agit souvent d'une rhinopharyngite, ou d'une conjonctivite staphylococcique

Les principaux diagnostics différentiels de ces tableaux de scarlatine à streptocoque ou staphylocoque sont le syndrome de Kawasaki et le syndrome du choc toxique. Il est donc important de rester très vigilant lorsque la fièvre persiste malgré la mise en route de l'antibiothérapie, de rechercher dès le premier examen clinique le moindre signe cardiovasculaire, et au mieux de réaliser des prélèvements bactériologiques pharyngés avant la mise en route de l'antibiotique.

Principales « viroses exanthématiques »

ENTÉROVIRUS, ADÉNOVIRUS, ET MONONUCLÉOSE INFECTIEUSE

À côté des maladies éruptives bien définies par leur évolution clinique stéréotypée, ces familles de virus sont responsables de la très grande majorité des viroses exanthématiques.

Les entérovirus

Ils sont les plus fréquemment en cause (plus de 80 p. 100 des cas). Les recherches épidémiologiques et virologiques ont

permis de définir certaines entités cliniques comme le syndrome mains-pieds-bouche pour les coxsackies, et l'exanthème de Boston pour les Echo-virus. Cependant dans un grand nombre de cas l'exanthème n'est observé que chez un certain nombre de malades, au cours d'une épidémie, plus ou moins associé à d'autres manifestations cliniques dont la plus fréquente est la fièvre. Il apparaît alors comme un épiphénomène et on ne peut alors parler de fièvre éruptive. Les virus Echo sont responsables de la majorité de ces viroses exanthématiques. L'âge de prédilection est le jeune enfant voire le nourrisson. L'exanthème, généralement mais inconstamment maculo-papuleux, est de topographie et de durée très variables, souvent fébrile, plus ou moins associé à d'autres manifestations au cours d'une même épidémie. L'éruption débute généralement en quelques heures au tronc, extrémités (paumes et plantes), et ne dure que quelques jours, le visage est habituellement le dernier guéri, en trois à cinq jours. Un énanthème est possible. Plus l'enfant est jeune et plus les manifestations d'accompagnement sont diverses et marquées (méningite lymphocytaire, rhinopharyngite, laryngite, diarrhée sévère). Les infections sont plus fréquentes de juillet à septembre, avec une contamination généralement par contact (oral). L'élimination dans les selles dure un mois. L'incubation est en moyenne de deux à sept jours. La notion de contagion est donc très importante.

Les coxsackies (A et B) sont également responsables d'exanthème. Les types d'exanthèmes sont plus volontiers vésiculeux, présents dans environ 1/3 des cas d'épidémie à coxsackies. Les éruptions s'observent plus volontiers au cours de fièvres avec manifestations ORL (herpangine due à de nombreux sérotypes A), et au cours de méningites lymphocytaires (certains sérotypes A et tous les sérotypes B). Le syndrome mains-pieds-bouche (coxsackie A) est souvent précédé par une phase prodromique à type de douleurs abdominales et de diarrhée légère, et le début de l'éruption est accompagné d'un syndrome grippal. Les signes généraux sont modestes au moment de l'éruption (fièvre peu élevée) L'énanthème débute par des macules rouge vif qui évoluent vers des vésicules rondes ou ovalaires, entourées d'un halo-inflammatoire, puis vers des ulcérations aphtoides. L'atteinte touche les sillons gingivo-labiaux, le dos et les bords de la langue, la face interne des joues, et le palais, les amygdales étant rarement atteintes. Les vésicules sont également situées sur la face dorsale des phalanges, la pulpe des doigts et des orteils, et la face latérale des paumes et des plantes. Ces vésicules sont ovalaires, linéaires, ou en croissant, parallèles aux dermatoglyphes. Elles se dessèchent en une dizaine de jours, la durée totale de l'éruption ne dépassant pas 14 jours.

Adénovirus et mononucléose infectieuse

Ils sont responsables d'à peu près 10 à 15 p. 100 des viroses exanthématiques authentifiées sous nos climats.

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. Seuls les sérotypes 1, 2, 3, 4 et surtout 7 (33 sérotypes au total) semblent en cause.

- Infections à EBV et mononucléose

Une éruption morbilliforme, survenant en dehors de toute prise médicamenteuse, est fréquente surtout chez le jeune enfant, souvent associé à la fièvre, l'angine, l'altération de l'état général (AEG), les adénopathies et la splénomégalie. Généralement l'éruption est morbilliforme et diffuse, mais parfois localisée aux paumes et aux plantes. Plus rarement, elle apparaît scarlatiniforme, purpurique, et même urticaire. Un œdème du visage et des paupières est souvent présent. Ce rash survient à la fin de la première semaine d'évolution, venant compléter un tableau clinique déjà évocateur qui incite à réaliser un bilan avec MNI test, voire une sérologie EBV. Cette éruption régresse en quelques jours.

L'éruption classique après la prise d'ampicilline sur ce terrain commence généralement 2 jours après l'introduction de l'antibiotique par des maculopapules, au tronc, qui s'étendent à l'ensemble du tégument. Les lésions sont particulièrement confluentes aux faces d'extension des membres. Cette éruption est généralement prurigineuse, mais ce critère est souvent moins net chez l'enfant. Elle commence à s'atténuer 3 ou 4 jours après son apparition.

Si l'infection à EBV n'est pas authentifiée il est important de le faire, devant un tableau clinique compatible (adénopathies, angine, AEG...), afin de rattacher l'érythème à une prise de Pénicilline, mais sur infection à EBV, et éviter de contre-indiquer définitivement cet antibiotique.

D'autres virus peuvent, mais plus rarement donner des éruptions. Citons le virus de l'hépatite B. Une poussée urticaire au cours de la phase pré-ictérique de l'hépatite est classique, souvent associée à des céphalées, arthralgies, vomissements, nausées, asthénie. Ont également été décrits des rash scarlatiniformes, prédominants au tronc et aux extrémités, des éruptions purpuriques, des lésions d'érythème polymorphe, et chez l'enfant des tableaux de maladie de Gianotti-Crosti (éruption à prédominance acrale papuleuse); Les signes d'accompagnement, l'asthénie, le contexte justifient un bilan comportant au moins une numération formule sanguine, un bilan hépatique, une sérologie d'hépatite B.

D'autres virus sont connus pour pouvoir donner des exanthèmes, mais ceci de manière moins fréquente : virus respiratoire syncytial (grande incidence épidémiologique dans la population pédiatrique), myxo-virus para-influenzae, phase pré-ictérique de l'hépatite A...

Syndromes et maladies de système

Il s'agit du deuxième grand cadre de situations cliniques, celui où l'ensemble des manifestations viscérales qui accompagnent l'éruption, et leur retentissement, incitent à hospitaliser l'enfant. L'urgence est souvent thérapeutique.

Cette situation clinique est heureusement beaucoup moins fréquente que la première. Les principaux cadres étiologiques sont le syndrome du choc toxique, le syndrome de Kawasaki, et quelques maladies de système, avant tout

chez l'enfant le lupus, la maladie de Still qui peuvent poser des problèmes de diagnostic différentiel, avec une forme atypique de syndrome de Kawasaki.

Le syndrome du choc toxique

Le syndrome de choc toxique est une affection aiguë associant fièvre, éruption scarlatiniforme, choc. Il reste rare chez l'enfant, touchant l'adulte jeune, mais possible.

La fièvre et l'éruption peuvent être les signes initiaux.

La définition de ce syndrome est purement clinique, de sorte que les symptômes ont été regroupés en critères diagnostiques majeurs, et critères mineurs.

Les critères majeurs dont la présence est obligatoire pour porter le diagnostic sont les suivants : – une fièvre au moins égale à 38°-39 °C ; – une éruption cutanée typiquement scarlatiniforme ; – un choc hypovolémique, ou une simple hypotension ou des vertiges en orthostatisme.

Les critères mineurs correspondent à l'atteinte polyviscérale liée au mécanisme toxinique de ce syndrome. Ils doivent être au moins présents au nombre de trois ou quatre. Ils sont variables touchant cœur, poumons, foie, muscles, reins, système neurologique.

Au total, il faut savoir évoquer le diagnostic devant une éruption carlatiniforme, associé à une fièvre ou à une altération de l'état général, et des petits signes hémodynamiques, même s'ils sont simplement à type de vertiges orthostatiques.

A noter qu'il existe souvent une phase prodromique avec des myalgies, nausées, vomissements et une diarrhée. L'atteinte digestive est extrêmement fréquente.

L'agent infectieux est classiquement le staphylocoque doré du groupe phagique I producteur d'une toxine appelée TSS I. Cependant d'autres types de staphylocoques sont possibles ainsi que des staphylocoques non lysotypables. Le staphylocoque pathogène agit par l'intermédiaire de la toxine qu'il produit à partir du foyer infectieux. L'isolement de ce staphylocoque n'est pas un critère indispensable au diagnostic.

Les principales portes d'entrée décrites chez l'enfant ont été : cutanées (abcès, cellulite, infection à des lieux d'injection d'insuline, oreilles percées), génitales (chez le nouveau né...), ou osseuses (ostéomyélite).

Actuellement, plusieurs publications rapportent des cas de syndrome de Choc toxique au streptocoque bêta hémolytique du groupe A. Les portes d'entrées sont généralement cutanées ou ORL.

Quelque soit le germe responsable l'attitude immédiate est relativement simple : il faut hospitaliser ces enfants devant l'existence de cette atteinte polyviscérale et des signes hémodynamiques.

Le syndrome de Kawasaki

L'affection touche préférentiellement le garçon avec un sex-ratio de deux filles pour trois garçons. Elle atteint généralement l'enfant avant 5 ans, et dans la moitié des cas avant 2 ans. Le pic d'incidence a été évalué entre 9 et 12 mois au

Japon, et à 3 ans aux Etats-Unis. Un syndrome de Kawasaki peut cependant s'observer chez le grand enfant et même chez l'adulte. Il s'agit d'une grande vascularite systémique, d'apparition brutale, dont le risque majeur est le développement d'anévrismes, essentiellement coronariens, avec parfois défaillance cardiaque brutale.

Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments cliniques. Des critères majeurs ont aussi été définis :

– la fièvre : (95 p. 100 des cas). Il s'agit d'une température située entre 38°5 et 40° qui n'a aucune tendance à régresser sous antibiothérapie. La persistance d'une hyperthermie au delà de 5 jours chez un enfant doit faire remettre en question un diagnostic de virose, et faire évoquer celui d'un syndrome de Kawasaki ;

– la conjonctivite : (88 p. 100 des cas). Elle apparaît généralement rapidement après la fièvre souvent associée à un œdème des paupières, sans kératite.

– l'érythème érythème pharyngé, sans aphte, ni ulcération, ni bulle, associé fréquemment à une langue framboisée et à une chéilite ;

– l'exanthème : (90 p. 100 des cas). Il apparaît vers la fin de la première semaine d'évolution et se caractérise par son polymorphisme : morbilliforme, puis scarlatiniforme, non prurigineux, sans vésicule ni bulle. Plusieurs poussées peuvent s'observer qui ne sont pas toujours du même type chez un même enfant. Il régresse généralement en 1 semaine ;

– l'atteinte des extrémités : (88 p. 100 des cas). Il peut s'agir d'un érythème des paumes et des plantes et ou d'un œdème du dos des pieds et des mains. La desquamation scarlatiniforme (94 p. 100 des cas) des doigts et des orteils apparaît à la fin de la deuxième semaine d'évolution et durant la troisième. Elle doit donc être considérée comme un signe trop tardif qui ne doit pas être attendu pour mettre en route un traitement par immunoglobulines (dont le but est d'éviter la constitution des anévrismes coronariens). En effet le pic de fréquence de constitution des anévrismes se situe vers la 3^e semaine d'évolution ;

– les adénopathies : (75 p. 100 des cas). Elles sont de grande taille (plus d'1 cm 1/2) non inflammatoires. Tous ces signes s'observent généralement dans les deux premières semaines d'évolution, peuvent être fugaces (en dehors de la fièvre), et doivent donc être soigneusement recherchés à l'interrogatoire, en cas de suspicion du diagnostic ;

Cinq critères au moins seraient nécessaires la fièvre manquant exceptionnellement. En fait des syndromes de Kawasaki ont été observés avec moins de critères. Malheureusement il n'existe aucun critère clinique ou biologique spécifique.

En dehors de ces critères majeurs, différentes complications viscérales ont pu être décrites, et dans les 3 premières semaines elles peuvent être au premier plan. Il est donc important de rechercher dans un contexte d'atteinte polyviscérale inexpliquée avec épisode d'érythème les critères de définition du syndrome de Kawasaki. Citons notamment l'hydrocholécyste que l'on peut observer dans plus de 15 p. 100 des cas et qui pourrait conduire à une intervention chirurgicale inutile si on ne savait évoquer le diagnostic.

Au plan biologique, il n'existe pas de signe spécifique du syndrome de Kawasaki. On retrouve généralement un syndrome inflammatoire non spécifique avec une polynucléose et souvent une intensification du syndrome inflammatoire à la fin de la deuxième semaine, alors que s'installent les complications cardiaques. Puis généralement le syndrome inflammatoire diminue, mais l'apparition d'une thrombocytose semble avoir une valeur pronostique car elle serait assez fréquemment observée au moment de l'apparition de la constitution des anévrismes coronariens.

Rappelons qu'à l'heure actuelle le ou les agents étiologiques à l'origine d'un syndrome de Kawasaki ne sont pas encore clairement définis. Le traitement repose sur la perfusion intra-veineuse d'immunoglobulines (2 g/kg en 1 ou 2 perfusions), associées à l'acide salicylique à doses anti-inflammatoires.

Maladie lupique

Le mode de révélation de la maladie lupique chez l'enfant est souvent bruyant. L'âge moyen de survenue est 12 ans. Le lupus est rare avant l'âge de 12 ans (15 p. 100 des cas de lupus de l'enfant), exceptionnel au cours des deux premières années.

Brutalement apparaissent fièvre, asthénie, chute de poids, douleurs musculaires et souvent douleurs articulaires avec très souvent une poly-adénopathie et une hépatosplénomégalie. Environ 36 p. 100 des patients ont une éruption et environ 80 p. 100 ont des manifestations cutanées. Les lésions cutanées peuvent être de plusieurs types : vespertilio, photosensibilité, ulcérations buccales, lésions de vascularite, ou un rash qui est habituellement morbilliforme. Une alopecie non cicatricielle peut également s'observer.

Devant l'apparition d'un rash, dans ce contexte d'altération franche de l'état général, d'hyperthermie et d'hépatosplénomégalie, on évoque le diagnostic. Mais c'est parfois plus difficile dans les formes plus atténuées avec une éruption morbilliforme fébrile, des arthralgies, des adénopathies qui évoquent une pathologie virale. L'examen clinique doit être complet, et si ce rash fébrile persiste plus d'une semaine, il faut faire une recherche d'anticorps anti-nucléaires.

Maladie de Still

L'éruption de l'arthrite chronique juvénile chez l'enfant est généralement fugace, faite de petites macules rosées, mesurant de quelques millimètres à quelques centimètres de diamètre. Leur centre est souvent un peu plus clair. Elles sont pseudo-urticariennes, mais non migratrices. Elles ne sont que très rarement papuleuses, prurigineuses ou purpuriques. On les trouve à la racine des membres et au tronc, survenant en fin d'après-midi rapidement régressives. Il peut cependant rester des éléments le matin, qu'il faut très soigneusement rechercher. L'histologie en elle-même n'a rien de spécifique.

Cette éruption prend de la valeur lorsqu'elle s'associe à une fièvre vespérale élevée entre 39°, 40° et des clochers précédés par des frissons. La fièvre s'installe souvent après un mal de

gorge, qui égarde le diagnostic. L'altération de l'état général est inconstante, et la fièvre dure plusieurs semaines. Toutes les hémocultures, et recherches de foyers infectieux restent négatives. Il a été signalé l'existence d'une tachycardie persistant en dehors de la fièvre, et qui pourrait être un petit élément sémiologique orientant le diagnostic. On souligne chez l'enfant la fréquence d'une polyadénopathie et d'une hépatosplénomégalie associée.

D'autres lésions cutanées ont pu être décrites, notamment des nodules rhumatoïdes, une atrophie cutanée en regard des articulations atteintes et même des téléangiectasies péri-unguéales.

Une polyarthrite subaigüe ou aigüe touchant petites et grosses articulations, parfois mobile au départ, puis rapidement symétrique, peut s'observer d'emblée. Les myalgies sont alors fréquentes. Cependant les manifestations articulaires apparaissent parfois secondairement et initialement on peut n'avoir que cette fièvre éruptive pour orienter le diagnostic. De même l'atteinte articulaire peut être au départ mono-articulaire, une mono arthrite précède d'ailleurs souvent de quelques mois l'apparition de deux ou trois autres localisations articulaires. Il existe biologiquement une polynucléose et un syndrome inflammatoire majeur.

Les exanthèmes non identifiés, sans caractères de gravité : virose ?

Il s'agit en fait de la situation clinique la plus fréquente. Celle où l'érythème évolue depuis quelques jours, chez un enfant en bon état général, qui présente parfois d'autres manifestations (arthralgie, myalgie, chéilite...) mais sans caractère de gravité d'emblée. Il s'agit dans la majorité des cas d'une éruption d'origine bactérienne (staphylocoque, streptocoque), ou d'origine virale. On évoque facilement ce diagnostic de virose en consultation.

Il est clairement montré l'absence de relation univoque entre un type d'éruption et un agent infectieux. Par conséquent faute d'un élément d'orientation spécifique, et étant donné la très bonne évolution spontanée, en l'absence de signes évoquant la possibilité d'une infection bactérienne qui justifierait la mise en route d'un traitement antibiotique, la meilleure attitude est celle de la surveillance avec traitements symptomatiques. Ce n'est que si l'enfant est immunodéprimé, présente un contexte de survenue particulier, ou a dans son entourage proche une femme enceinte qu'un bilan pourrait être réalisé, à la recherche d'une éventuelle infection virale qui pourrait avoir des conséquences de prise en charge et de surveillance particulières pour l'enfant et/ou son entourage (femme enceinte et rubéole, infection à parvovirus, etc.).

Points clés

1. Les fièvres éruptives infantiles correspondent surtout à des viroses exanthématisques ne justifiant que des traitements symptomatiques.
2. Il n'existe aucun lien univoque entre un type d'exanthème, ou de maladie éruptive, et un agent infectieux donné.
3. L'hospitalisation n'est nécessaire que si l'exanthème s'associe à un ensemble d'autres manifestations viscérales aggravant l'état général de l'enfant.
4. De même les examens complémentaires ne sont prescrits que si l'enfant est immunodéprimé, présente un contexte de survenue particulier ou a, dans son entourage, une femme enceinte imposant une prise en charge particulière.