

# Eruptions cutanées fébriles

FMC

Dermatologie pédiatrique

03/10/2024

# Eruptions fébriles

Urgences dermatologiques avec mise en jeu du pronostic vital rares

- Dermatoses infectieuses
  - Bactériennes
  - Virales
  - Paravirales
- Dermatoses inflammatoires

# Lésions élémentaires



# Lésions secondaires



# Garçon de 6 ans





# Que suspectez-vous sur ces lésions extensives?

1. Dermatose bulleuse auto-immune
2. Dermatophytie
3. Eczéma
4. SSSS
5. Impétigo

# Mis sous antibiothérapie per os



# Enfant 8 ans

- Retour du Mali
- Notion de piqûre insecte consulte pour ces lésions d'apparition aiguë, peu douloureuses
- Que faites-vous?
  1. Biopsie cutanée
  2. Prélèvement bactériologique
  3. Mise sous ATB oral
  4. ATB local seul
  5. Prélèvement VZV/HSZ



# Evolution

- Patient mis sous Augmentin per Os dans l'hypothèse ecthyma
- Cicatrisation des lésions
- Prélèvement bactériologique ... Streptocoque



# Impétigo



Lésion vésiculo-pustuleuses puis  
croûteuses, les formes bulleuses  
> 6 lésions ou forme extensive, traitement  
oral



Impétigo





# Ecthyma



Lésions creusantes aigues  
Germes *Staphylococcus Aureus*,  
*Strepto A*  
Prélèvement bactério...

Pathologie	Traitement antibiotique 1 <sup>re</sup> intention	Si allergie à la pénicilline	Durée du TTT
<b>Abcès cutanés</b>	Clindamycine per os/IV : 1,8 g/jour en 3 prises et jusqu'à 2,4 g/jour si poids > 100 kg  Pristinamycine per os : 1 g x 3 /jour  Oxacilline ou cloxacilline IV : 6 à 12 g/jour  Céfazoline IV : 3 à 6 g/ jour	<i>Idem (sauf oxacilline/cloxacilline et céfazoline)</i>	5 jours
<b>Formes graves d'impétigo Adulte</b>	Pristinamycine per os : 1 g x 3 /jour  Céfalexine per os : 2 à 4 g/jour  <i>À réévaluer en fonction des résultats des prélèvements bactériologiques</i>	Pristinamycine per os : 1 g x 3 /jour	7 jours
<b>Formes graves d'impétigo Enfant</b>	Amoxicilline/acide clavulanique : 80 mg/kg/ jour  Céfadroxil : 100 mg/kg/ jour  <i>À réévaluer en fonction des résultats des prélèvements bactériologiques</i>	Josamycine : 50 mg/kg/ jour	7 jours
<b>Furoncle compliqué</b>	Clindamycine : 1,8 g/jour en 3 prises et jusqu'à 2,4 g/jour si poids > 100 kg  Pristinamycine : 1 g x 3 /jour	<i>Idem</i>	5 jours
<b>Furonculose</b>	Clindamycine : 1,8 g/jour en 3 prises et jusqu'à 2,4 g/jour si poids > 100 kg  Pristinamycine : 1 g x 3 /jour	<i>Idem</i>	7 jours

# Nouveau né de 4 jours

BEG, accouchement voie basse

Adressée par sage-femme pour apparition de bulles sous aisselles



# A l'examen

- Née à terme eutrophe, AVB rupture Poche des eaux >12h
- PV *Strepto* neg *Staph Aureus*, *Gardenella*
- Flash Amox 1 g per partum
  
- HDM: Apparition à J4 lésions
- BEG, apyrétique, bonne prise alimentaire







# Vous suspectez, vous faites?

1. Toxic shock syndrome
2. Impétigo
3. Staphylococcal Skin Scaled syndrome
4. Prélèvement cutané, recherche exfoliatine
5. Antibiothérapie locale, enfant en BEG

# Evolution

- Hémoculture négative
- Leucocytes 10.72 G/L, (PNN 4.10 G/L, éosinophiles 0.59 G/L), CRP < 5 mg/L.
- PCR urinaire CMV négative.
- Culture du liquide de la vésicule : Staph aureus et enterobacter cloacae, recherche **toxine exfoliatrice** +, PVL-, TSS –
- Mise sous antibiothérapie IV Augmentin + Dalacine
- Sortie à 4J antibiothérapie IV avec relais per os

# Epidermolyse staphylococcique

- Décollements superficiels prédominants sur les zones péri-orificielles
- Signes généraux, contexte de foyer infectieux staphylococcique
- Biopsie cutanée (décollement sous-corné)
- Mise en évidence d'une infection staphylococcique



# Staphylococcal Scaled Skin Syndrome (SSSS)

- Fréquemment rapporté chez l'enfant, mortalité de 4%
- Rare chez l'adulte
  - Immunodépression
  - Insuffisance rénale
- Dans les suites: infection focale muqueuse (rhinopharyngite , otite...) cutanée (omphalite, impetigo), abcès profond...
- Toxines exfoliantes A et B de *S. aureus*: cible desmogléine 1
- Nikolsky superficiel +++
- Intérêt de l'histologie en urgence: clivage sous corné++

- Clinique:
  - Altération de l'état général
  - Erythème souvent de face inaugural ,  
extension rapide à l'ensemble du  
tégument
  - Lésions bulleuses flasques fragiles en 48h
  - Faces de flexion et plis +++
  - Respect des muqueuses+++
- Antibiothérapie générale



# Fille de 9 ans

- ATCD : dermatite atopique, application de nombreux topiques chinois
- HDM: Fièvre 38°C apparition éruption et œdème du visage

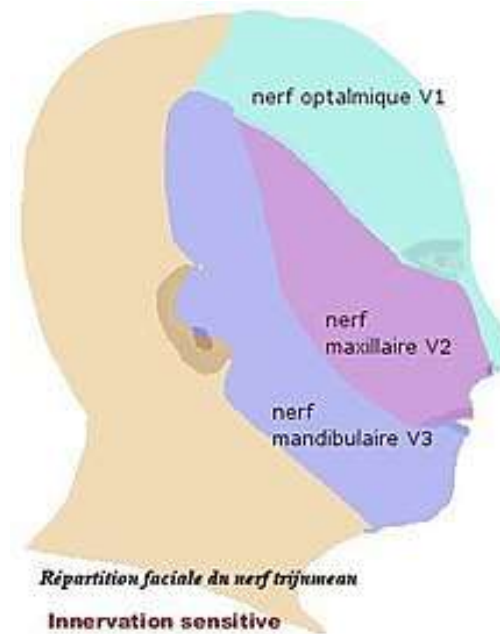


# Quelle (s) est/sont votre/vos attitude(s)?

1. Je suspecte dermatose caustique
2. Je suspecte Kaposi Juliusberg
3. Je réalise une PCR virale sur vésicule
4. Je suspecte un zona, je traite par acyclovir IV
5. Je mets systématiquement une antibiothérapie orale

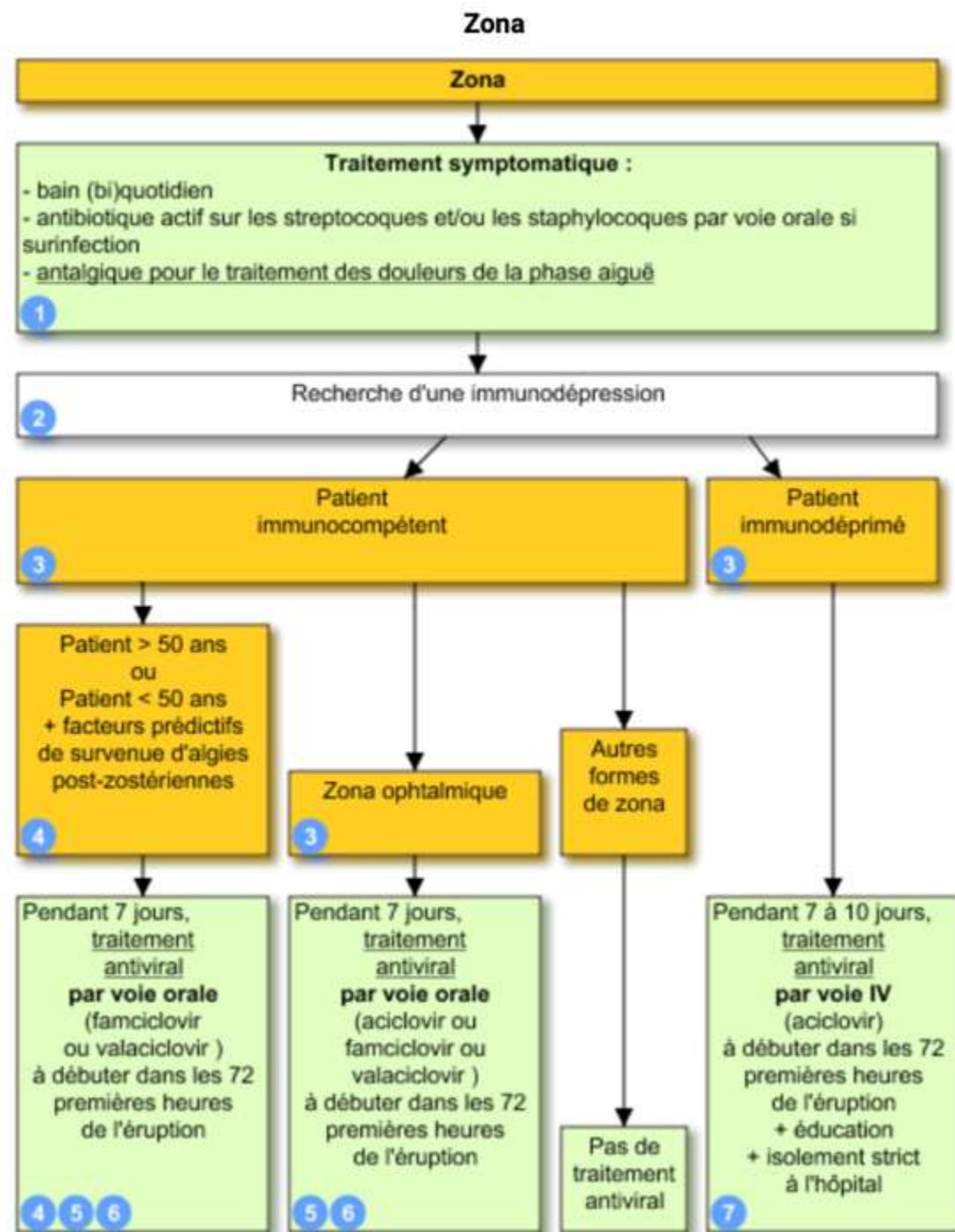


# Zona





Résurgence du virus de la varicelle  
Prurit dysesthésies.. Eruption vésiculeuse 1 à 3 jours  
Durée 10-21 jours  
Douleurs post zostériennes



# Varicelle



Incubation 10-21 jours, rechercher chez adulte dyspnée ou signe respiratoire`  
Pas de traitement spécifique sauf immunodéprimé ou pneumopathie

# Herpes



## Herpes Zoster in children: Evaluation of the sixty cases

Hamza Aktaş<sup>1</sup> | Semahat A. Erdal<sup>2</sup> | Ulaş Güvenç<sup>3</sup>

- Octobre 2012-Décembre 2018
- 60 cas, 37 garçons 23 filles, 8 +/-4,93 ans
- 46 ATCD Varicelle
- 0 ATCD cancer ou immunosuppression ou chirurgie
- 19 patients avec facteur stress, 2 grippes, 1 angine 1 infection U concomitante
- Pas anomalie biologique majeure

**TABLE 2** Mean age according to the affected dermatomes

Dermatome	Age (mean ± SS)
Cervical	6.60 ± 6.09
Thoracic	10.3 ± 4.46
Trigeminal	4.33 ± 1.52
Lumbar	10.4 ± 3.30
Sacral	6.71 ± 4.34

# Enfant de 3 ans



Pas ATCD, lésions survenues sur 3 mois

# ● Vous suspectez une teigne, quelle attitude?

1. Imidazolés shampooing seuls
2. Eviction scolaire 6 semaines
3. Lavage bonnet et taies oreiller
4. Traitement local seul
5. Traitement systémique après prélèvement

# Teigne Mentagrophytes, 6 semaines terbinafine

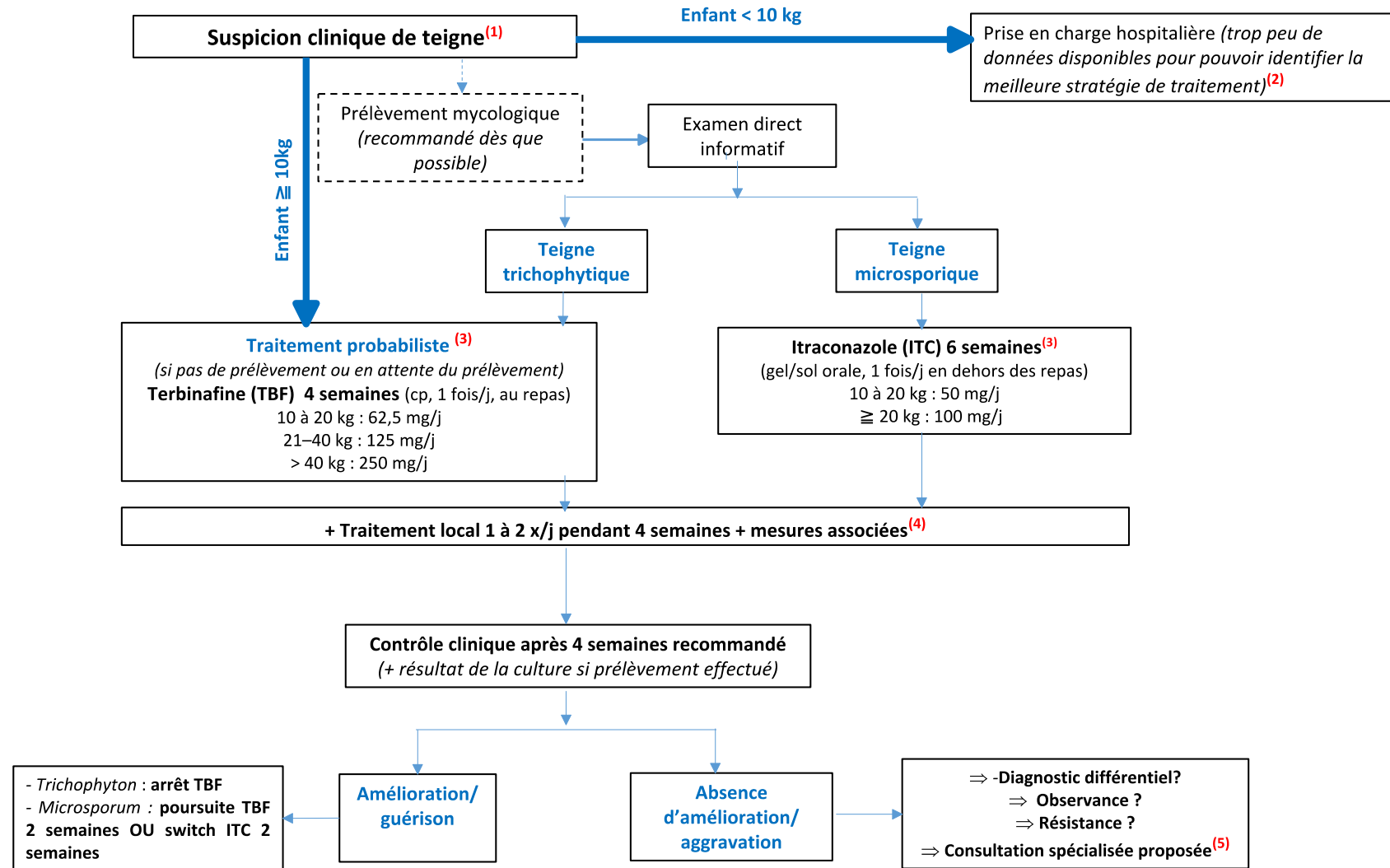


# Teignes

- Microsporique= plaques alopeciques uniques de grande taille ou multiples
  - Fluo verte Wood
- Trichophytique = multiples plaques alopeciques éparses, squameuses ou squamo-croûteuse, parfois pustuleuse
  - Pas de Fluo Wood
- Kerion= forme suppurée de teigne, souvent *T Mentagrophytes*, forme pluri-nodulaire croûteuse, inflammatoire, suppuration abcédation, parfois associée folliculite suppurée de la barbe.

# Algorithme de traitement des teignes

2021



## Annexes

- (1) Caractéristiques cliniques des teignes
- (2) Conduite à tenir pour les enfants de moins de 10 kg
- (3) Guide pour le traitement par terbinafine et itraconazole
- (4) Mesures associées
- (5) Conduite à tenir en cas d'échec à 4 semaines

# Fille de 5 ans

- Cirrhose biliaire secondaire déficit MDR3
- ATCD familiaux mère vitiligo, grand-père maternel RCH
- Hospitalisée fin décembre pour bilan endoscopie VO, mise à jour vaccin VHA
- Apparition 48h après la sortie œdèmes ecchymotiques inflammatoires
- Certaines lésions labiles, fièvre et douleur articulaire



Quel diagnostic suspectez-vous?



# Evolution



# Œdème hémorragique du nourrisson

## Diagnostic clues in acute hemorrhagic edema of young children

- Age 24 months or less
- Purpuric or ecchymotic target-like lesion, with edema of the face, auricles, and extremities, mostly without mucosal involvement
- Non-toxic appearance, lack of systemic disease or visceral involvement
- Spontaneous recovery within a few days or weeks



**Table 2** Common and uncommon (10% or less) presentation in acute hemorrhagic edema of young children

Common	Uncommon
General appearance	
Nontoxic	Toxic
No fever or low-grade fever	High fever
Skin	
Cockade purpura: head (and ear) > lower extremities > upper extremities > feet and hands	Purpura and edema of scrotum (or penis) in boys
Non-pitting, often indurative and painful edema: lower extremities > upper extremities > head (and ear), feet and hands	Fluid-containing lesions
Mucous membranes	Urticarial lesions
	Pruritus
No lesions	Conjunctival injection
	Oral petechiae
Other systems	
None	Abdominal pain, intestinal bleeding, intussusception
	Arthralgia (less frequently arthritis)
	Scrotal involvement <sup>a</sup>
	Hematoma
	Pathological urinalysis <sup>b</sup>
	Elevated liver enzymes

<sup>a</sup> Edema (or hematoma) of either the scrotal wall or the spermatic cord, testicular hemorrhage, subcapsular testicular hematoma, epididymitis or

Vascularite leucocytoclasique, IFD négative, régression spontanée 3 semaines, BU+++

# Garçon de 11 ans

ATCD 0

30/12  
Fièvre 39°C

Consultation  
pédiatre

06/01  
Consultation  
Pédiatre 2

Strepta test  
neg

Œdèmes des lèvres,  
érosions gencives et lèvres

08/01  
Erosion  
prépuce

11/01  
SAU  
T=38,1°C  
Dysphagie

2/01 —————> 5/01 6/01 10/01


Amoxicilline

—————>  
Clarithromycne  
Ambroxol  
Floxacil

.....>  
Paracetamol







# Quelle est votre attitude, que suspectez-vous?

1. Syndrome de Stevens Johnson à Amoxicilline
2. Primo infection Herpes
3. Erythème polymorphe
4. PCR muqueuse HSV
5. PCR Gorge *Mycoplasma Pneumoniae*

# Evolution

- NFS pl Normale, CRP 33 mg/L, BHC N  
Doute foyer à la radiographie du thorax
- PCR HSV VZV négatif
- Prélèvement gorge + *Mycoplasma Pneumoniae*
- PCR Mutiplex viral négatif

=> *Mycoplasma Pneumoniae* Mucous Membrane/ Erythème polymorphe  
MP

# Erythème polymorphe



# Syndrôme de Stevens Johnson



# Erythème polymorphe

- Cocardes typiques, lésions isolées
- Atteintes muqueuses (> 2 majeures)
- Distribution acrale, palmo-plantaire, symétrique
- Adulte jeune, enfant
- Non médicamenteux
- Post infectieux : HSV, MP
- Histologie : infiltrat lichénoïde, peu de nécrose kératinocytaire
- Corticothérapie générale, thalidomide
- Récidive possible

# Syndrome de Stevens Johnson

- Cocardes atypiques, lésions confluentes
- Atteintes muqueuse (> 2)
- Bulles, décollement, nikolski
- Rare 1 à 2 cas : 106 habitants
- Médicamenteux
- Post infectieux : MP
- Histologie : nécrose kératinocytaire toute hauteur épiderme, peu d'infiltrat
- Arrêt du médicament, traitement symptomatique
- Pas de récurrence si pas de réintroduction médicamenteuse

# Erythème polymorphe à Mycoplasme

- Cause rare d'EP
- Enfants, adultes jeunes, survenue hivernale
- Pneumopathie interstitielle ou alvéolaire inconstante
- Cliniquement plus atypique et sévère qu'EP post-herpétique: cocardes typiques, moins acrales, atteinte muqueuse multiple et sévère
- Histologie pseudo-NET



- Diagnostic:
  - Direct: PCR mycoplasme nasopharyngée
  - Sérologie: IgM et/ou ascension des IgG
- Bilan lésionnel ++, RXP
- Hospitalisation, macrolides, soins des muqueuses identiques aux SJS/NET ++, SNG
- Séquelles fibrosantes possibles
- Maladie à Mycoplasme “mycoplasma induced rash and mucositis” (MIRM)

