

Fièvres éruptives

Dr BOUHILA
Module de dermatologie
Année universitaire 2020/2021

Introduction

- ❑ Maladies infectieuses d'origine virale pour la plupart
- ❑ A l'origine d'une éruption cutanée(exanthème ou énanthème)
- ❑ se manifestent principalement par une ERUPTION FEBRILE, dont :
 - ❖ l'aspect
 - ❖ l'association à d'autres symptômes
- ❑ permet
 - ❖ le diagnostic
 - ❖ ou une orientation diagnostique confirmée par les examens paracliniques.

Classification sémiologique

A. Eruptions morbilliformes

Rougeole

Mégalérythème épidémique

Mononucléose infectieuse

Primo-infection VIH

B. Eruptions roséoliformes

Rubéole

Exanthème subit

C. Eruptions vésiculeuses

Varicelle

D. Autres



exanthème morbiliforme



exanthème scarlatiniforme:



La Rougeole



Virus de la rougeole



INCUBATION : 8 à 10 jours



Hivers et printemps



Nourrissons et adolescents



Contagiosité : durant les 5 jours précédant et suivant le début de l'éruption.



EVICITION SCOLAIRE d'au moins 4 jours après le début de l'éruption.



- Malaise général, abattement, irritabilité
- Fièvre élevée
- Rhinorrhée, toux



Yeux rouges



SIGNE PARTICULIER. Taches de Koplik.



NE PAS CONFONDRE AVEC : maladie de Kawasaki, scarlatine, autre éruption virale, toxidermie, allergie.

EVOLUTION. Guérison en une dizaine de jours.



COMPLICATIONS : otite, convulsion, diarrhée, pneumonie, laryngo-trachéo-bronchite, encéphalite, panencéphalite sclérosante subaiguë.



FACTEURS DE RISQUE : premiers 12 mois de vie, déficits immunitaires, malnutrition, grossesse.



RISQUE EMBRYO-FŒTAL. Faible risque de maladie congénitale.



ÉRUPTION MACULO-PAPULEUSE

- Rash généralisé non prurigineux débutant au niveau de la tête puis envahissant le tronc et les membres.
- Élément maculo-papuleux rouges espacés de peau saine.
- Erythème des muqueuses bucco-pharyngées; dépôts blanchâtres à la face interne des joues (taches de Koplik).



TRAITEMENT. symptomatique; vitamine A si facteur de risque.

PRÉVENTION:

Contacts réceptifs : **gammaglobulines IM.**
Entourage vaccination des sujets réceptifs.



La rougeole (1)



ts

Le syndrome de



A

- ❖ L'éru
d'év
s'éte
- ❖ Evol
- ❖ ComB

euse,
es puis



La rougeole⁽³⁾

❖ Traitement:

➤ **Symptomatique** : antipyrétiques, hydratation suffisante dans la phase fébrile



➤ **Préventif**: est assurée par l'isolement des malades (jusqu'à « guérison clinique », en fait jusqu'à l'apyrexie 7 jours après les premiers symptômes) vis à vis des personnes non vaccinées principalement.

➤ La vaccination reste l'arme principale



Infectious mononucleosis



Symptoms



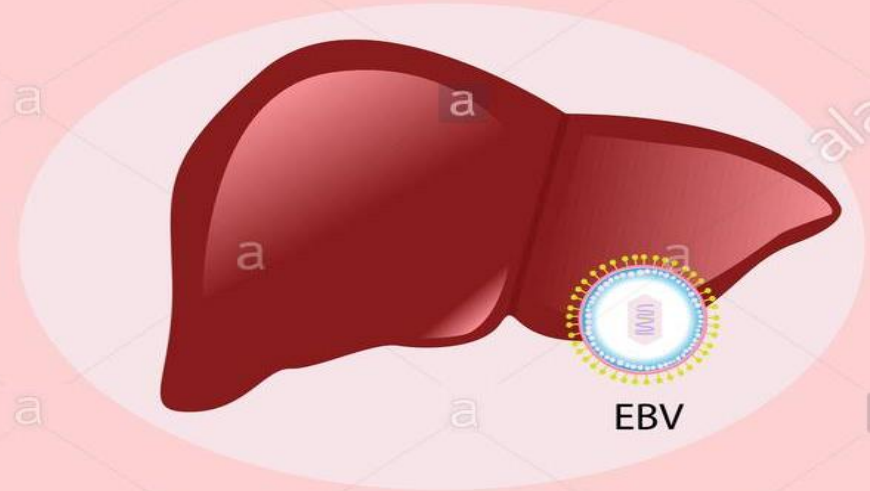
mild fever



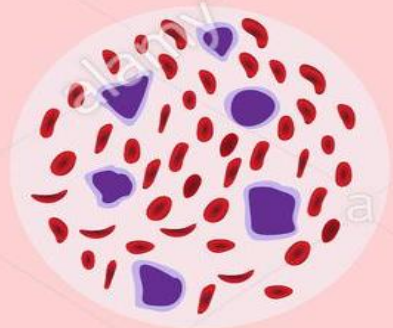
Sore throat



swollen lymph nodes



EBV



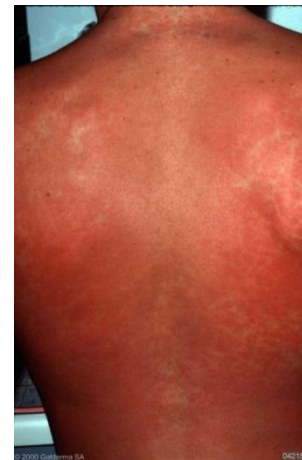
Infectious mononucleosis is a very contagious viral infection that can cause inflammation of the liver and pain. Mononucleosis can be detected by a blood test to check the number of white blood cells.

MONONUCLEOSE INFECTIEUSE

Agent pathogène :

- Epstein Barr Virus*
- Primo-infection symptomatique
- Ubiquitaire:90% de la population

Incubation : 10 jours en moyenne



MONONUCLEOSE INFECTIEUSE

Clinique :

- ❖ Adolescent / Adulte jeune 18-25 ans
- ❖ Triade caractéristique
 - *Fièvre*
 - *angine (érythémato-pultacée ,parfois pseudomembraneuse)*
 - *ADP cervicales*
- ❖ Souvent: asthénie prolongée et splénomégalie



MONONUCLEOSE INFECTIEUSE

L'éruption :

- ❖ Après une semaine :
- ❖ Rash labile très inconstant, le plus souvent *morbilliforme*
- ❖ Tronc et membres supérieures
- ❖ Oedème des paupières

Evolution :

- ❖ Qlq jours ,mais asthénie post infectieuse persistante
- ❖ Rarement :
 - Hépatite
 - méningo-encéphalite



MONONUCLEOSE INFECTIEUSE

Evolution :

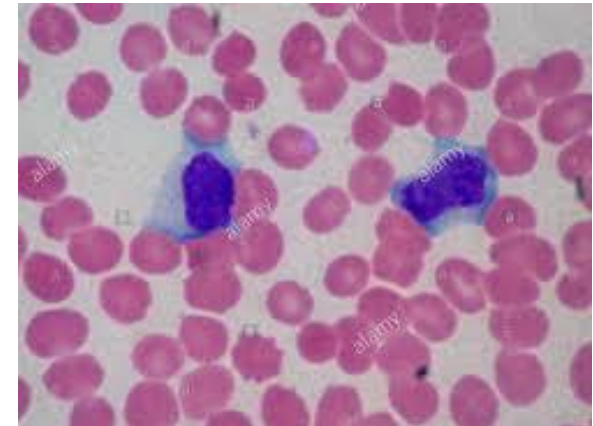
- ❖ Si administration *aminopenicillines* → *eruption maculo papuleuse confluente ± purpurique quasi-constante*
- ❖ => ne pas conclure rapidement à une allergie

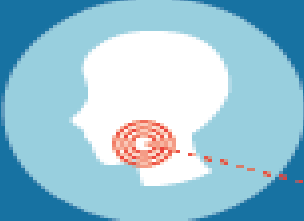
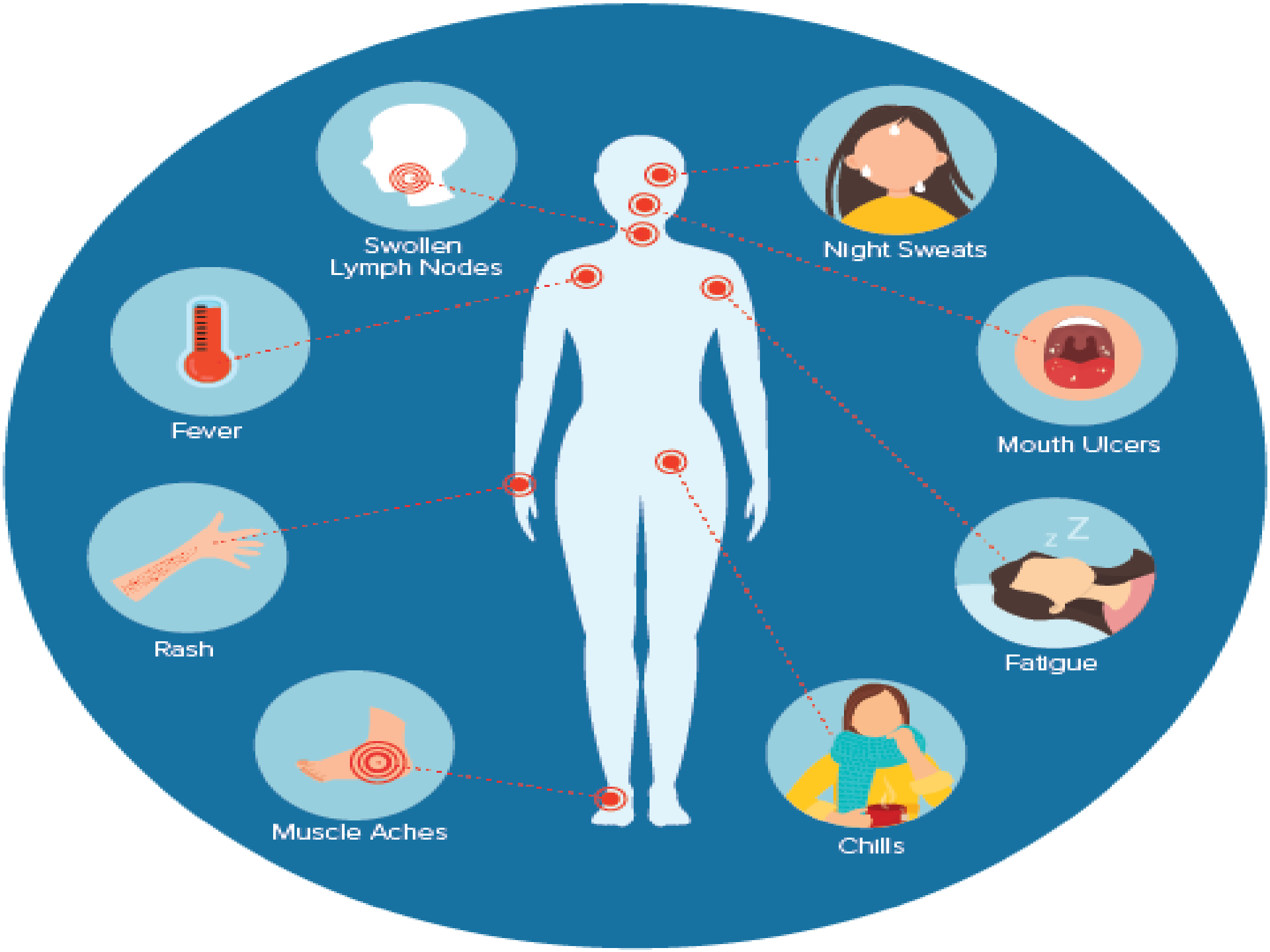


Paraclinique:

Le diagnostic repose

- ❖ Sérologie EBV: mise en évidence d'une séroconversion pour les anticorps précoces anti EBV (VCA et EA) et
- ❖ sur les modifications de l'hémogramme : leucocytose à lymphomonocytes et cellules hyperbasophiles.
- ❖ MNI-test

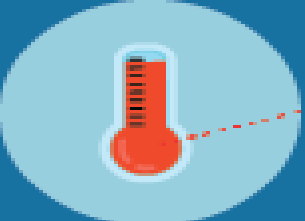




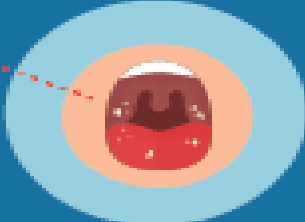
Swollen Lymph Nodes



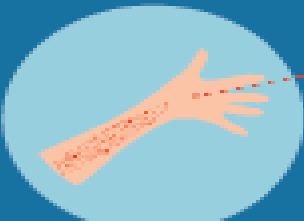
Night Sweats



Fever



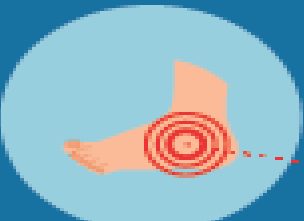
Mouth Ulcers



Rash



Fatigue



Muscle Aches



Chills

PRIMO INFECTION PAR LE VIH

Incubation :

2 à 3 semaines

Clinique :

Symptomatique dans 60 à 70 %

sévérité → Marqueur Pronostique



PRIMO INFECTION PAR LE VIH

Clinique :

Signes généraux : *syndrome pseudogrippal*

- Fièvre 38 – 39.5°C, sueurs, asthénie
- Arthralgies, myalgies, céphalées
- Douleurs pharyngées, signes digestifs

PRIMO INFECTION PAR LE VIH

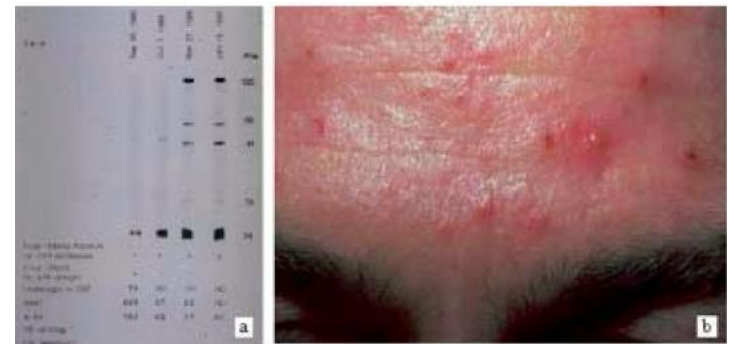
Clinique :

- ❖ Polyadénopathie
- ❖ Signes neurologiques 50%:
 - -syndrome méningé
 - -troubles du comportement
 - - convulsions
 - -polyradiculonévrite

PRIMO INFECTION PAR LE VIH

L'éruption cutanée :

- ❖ *Maculo papules non confluentes non squameuses*
 - Siege: tronc, racine des membres et cou avec atteinte possible des paumes et des plantes
- ❖ *Erosions buccales*
- ❖ *Ulcerations* œsophagiennes, génitales ou anales possibles



PRIMO INFECTION PAR LE VIH

Evolution :

- Ammendement spontané en *1 à 3 semaines*
- La sévérité de la primo infection est considéré comme un *marqueur pronostique* d'évolution vers le SIDA justifiant un traitement précoce

Biologie :

- ❖ Stade aigu :
 - Lymphopenie*
 - Antigenemie P24*
 - Charge virale serique PCR*
- ❖ Après 4 semaines : *Serodiagnostic*

Cinquième Maladie



Parvovirus B19



INCUBATION : de 4 à 20 jours



Fin de l'hivers et printemps



Surtout âge scolaire



CONTAGIOSITÉ :

- Enfant normal : 1 à 5 jours avant l'éruption
- Formes compliquées (crise aplastique, anémie chronique) : contagiosité prolongée.



ÉVICTION SCOLAIRE

Habituellement non indiquée.



- Bon état général
- Pas de fièvre
- Parfois prurit cutané
- Arthralgies (adultes)



Conjonctives normales



SIGNE PARTICULIER. Rash réticulé.



NE PAS CONFONDRE AVEC :

Eruption allergique, autre infection virale (rubéole, infection à entérovirus, etc.)

ÉVOLUTION : Guérison habituelle en 2 à 5 semaines.



COMPLICATIONS : Crise aplastique chez sujets à risque, anémie chronique, méningo-encéphalite, myocardite, purpura thrombopénique, neutropénie transitoire.



FACTEURS DE RISQUES :

Hémoglobinopathies, anémies héréditaires ou acquises, déficits immunitaires.



RISQUE EMBRYO-FŒTAL : Faible risque d'anasarque foeto-placentaire.



ÉRUPTION RÉTICULÉE

- D'abord joues rouges comme giflées
- Puis éruption réticulée symétrique sur les avant bras et les cuisses
- Parfois présence de quelques macules rosées sur le thorax
- Eruption avivée par la pression, la chaleur et le soleil
- Evolution à éclipses pendant quelques jours ou quelques semaines
- Pas de lésions muqueuses



TRAITEMENT symptomatique



PRÉVENTION :

Contacts normaux : informer et rassurer
Contacts à risque : surveillance étroite

MEGALERYTHEME EPIDEMIQUE

5ème MALADIE

Agent pathogene:

parvovirus B19.

diffusion systémique après contamination respiratoire

Phase d'incubation:

brève (**10 à 12 jours**) correspondant à la phase virémique, quelquefois marquée de frissons et de myalgies

Phase d'invasion: *en général muette (1 semaine)*

MEGALERYTHEME EPIDEMIQUE

phase d'état, survenant 18 à 20 jours après le
contage

Eruption en en trois stades :

- ❖ érythème maculo papuleux des joues
« en paire de claques »

- ❖ macules rosées sur les membres en « cartographie géographique » ou en « dentelle », légèrement prurigineuses, quelquefois purpuriques (3 à 4 jours plus tard)



- ❖ effacement lent en une dizaine de jours, quelquefois marqué de recrudescences à la chaleur ou au soleil.
- ❖ **Signes généraux** : la fièvre est discrète (38°) accompagnée de céphalées et rarement d'arthralgies et de douleurs abdominales.

MEGALERYTHEME EPIDEMIQUE



MEGALERYTHEME EPIDEMIQUE



MEGALERYTHEME EPIDEMIQUE

Traitement: Aucun traitement n'est nécessaire.

La Roséole



Virus herpétique humain type 6 ou 7



INCUBATION : 5 à 15 jours



Toutes saisons



Surtout entre 6 et 24 mois



Contagiosité : pendant la phase fébrile



EVICION SCOLAIRE
surveillance à domicile de l'enfant fébrile



- Etat général plutôt bon
- Forte fièvre
- Irritabilité
- Tympan congestifs



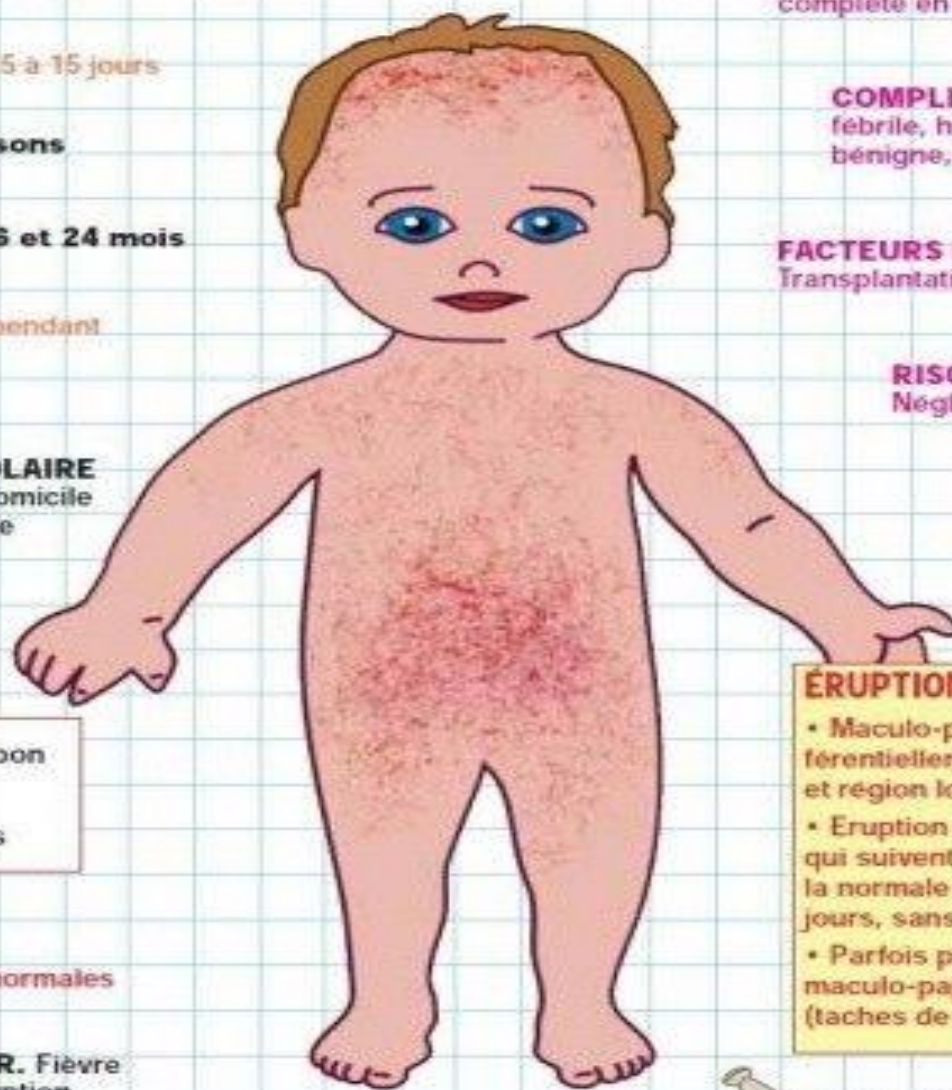
Conjonctives normales



SIGNE PARTICULIER. Fièvre de 3 jours puis éruption



NE PAS CONFONDRE AVEC :
autre exanthème virale (entérovirus, rubéole, rougeole) rash allergique.



ÉVOLUTION. Guérison habituelle complète en moins d'une semaine



COMPLICATIONS : convulsion fébrile, hypertension intracrânienne bénigne, méningo-encéphalite.



FACTEURS DE RISQUE : Transplantation, déficit immunitaire.



RISQUE EMBRYO-FŒTAL. Négligeable.



ÉRUPTION MACULO-PAPULEUSE



- Maculo-papules rosées se localisant préférentiellement au niveau du tronc (abdomen et région lombaire) et du visage (front).
- Eruption apparaissant dans les 24 à 48 h qui suivent 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).



TRAITEMENT. symptomatique.



PRÉVENTION :
Soins d'hygiène habituels

EXANTHEME SUBIT

Dit: ROSEOLE INFANTILE ou 6ème MALADIE

Agent pathogene: diffusion virémique chez l'enfant jeune (3 mois à 3 ans) de l'herpès-virus 6 (HSV6) par les voies respiratoires.

Phase d'incubation: *dure 3 à 5 jours*

phase d'invasion : marquée par

la fièvre (39/40°) qui dure 3 jours et pouvant s'accompagner de convulsions fébriles.

EXANTHEME SUBIT

La phase éruptive:

- ❖ **apparaît au 3ème jour de la fièvre : celle-ci chute brutalement et simultanément** apparaissent sur le tronc et les membres des macules ou maculo papules rosées très pâles respectant la face.
- ❖ L'éruption ne dure jamais plus de 48 heures et peut passer inaperçue



Le traitement: symptomatique :

❖ antipyrétiques +/- anticonvulsivants si convulsions.



La Rubéole



Virus de la Rubéole



INCUBATION : 14 à 21 jours



Hivers et printemps



Surtout nourrissons et adolescents



Contagiosité : les 7 jours avant et après le début de l'éruption (Pendant plusieurs mois pour la rubéole congénitale)



EVICION SCOLAIRE

1 semaine (période contagieuse)



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



Conjonctives normales.



SIGNE PARTICULIER. Risque tératogène



NE PAS CONFONDRE AVEC : autre exanthème viral, scarlatine, allergie.

ÉVOLUTION. Guérison rapide de la forme acquise.



COMPLICATIONS inhabituelles: Encéphalite, purpura, anémie hémolytique, myocardite, péricardite.



FACTEURS DE RISQUE : Grossesse.



RISQUE EMBRYO-FŒTAL. Risque d'embryopathie-fœtopathie tératogène.



ÉRUPTION MACULO-PAPULEUSE

- Eruption non prurigineuse 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.
- Pas d'atteinte des muqueuses.



TRAITEMENT. symptomatique.



PRÉVENTION :

Contacts normaux : surveillance
Femme enceinte : vérification du statut sérologique, gammaglobulines IM (?)



RUBEOLE

Agent pathogène : *Togavirus*

diffusion systémique, après porte d'entrée
respiratoire

Incubation : 14 à 21 jours

Clinique :

- ❖ Enfant 2 à 10 ans
- ❖ *la phase d'invasion* dure 48 heures : fébricule, quelques douleurs diffuses et quelques
- ❖ adénopathies cervicales postérieures en sont les seules manifestations, identifiables
- ❖ rétrospectivement.



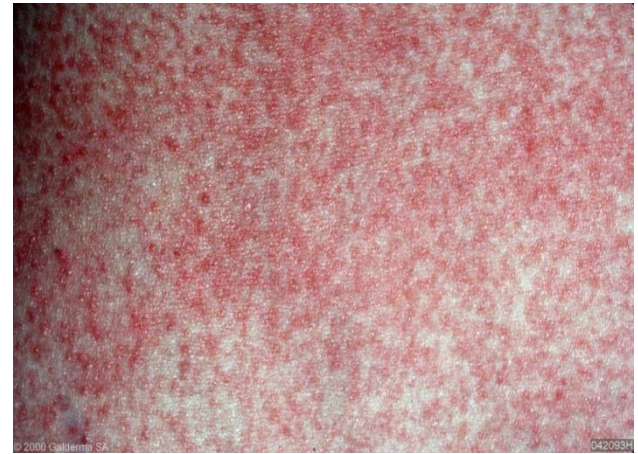
RUBEOLE

la phase d'état ou éruptive :

- ❖ associe un fébricule ($37^{\circ}5$ à $38^{\circ}5$) et une éruption débutant au visage puis se généralisant plus ou moins en 48 heures.
- ❖ d'abord maculo papuleuse, puis devient confluyente dès le 2^{ème} jour.
- ❖ très éphémère (2 à 4 jours)
- ❖ parfois : arthralgies, un coryza et purpura du palais.
- ❖ adénopathies cervicales postérieures ou sous occipitales: constantes

Risque principal :

Rubéole congénitale



RUBEOLE

Paraclinique:

- ❖ **NFS:** leuconeutropénique et une tendance à la thrombopénie.
- ❖ **la sérologie:**
 - intérêt primordial pendant la grossesse
 - Les anticorps sont présents dès l'éruption .

RUBEOLE

Traitement

❖ symptomatique :

Antipyrétiques

corticothérapie lors d'une thrombopénie

❖ Préventif:

la vaccination.



HERPES

Agent pathogène: *HSV1 HSV2*

transmis par contact interhumain cutané ou muqueux à partir d'un portage par le contaminateur

Incubation : 5 JOURS

Clinique :

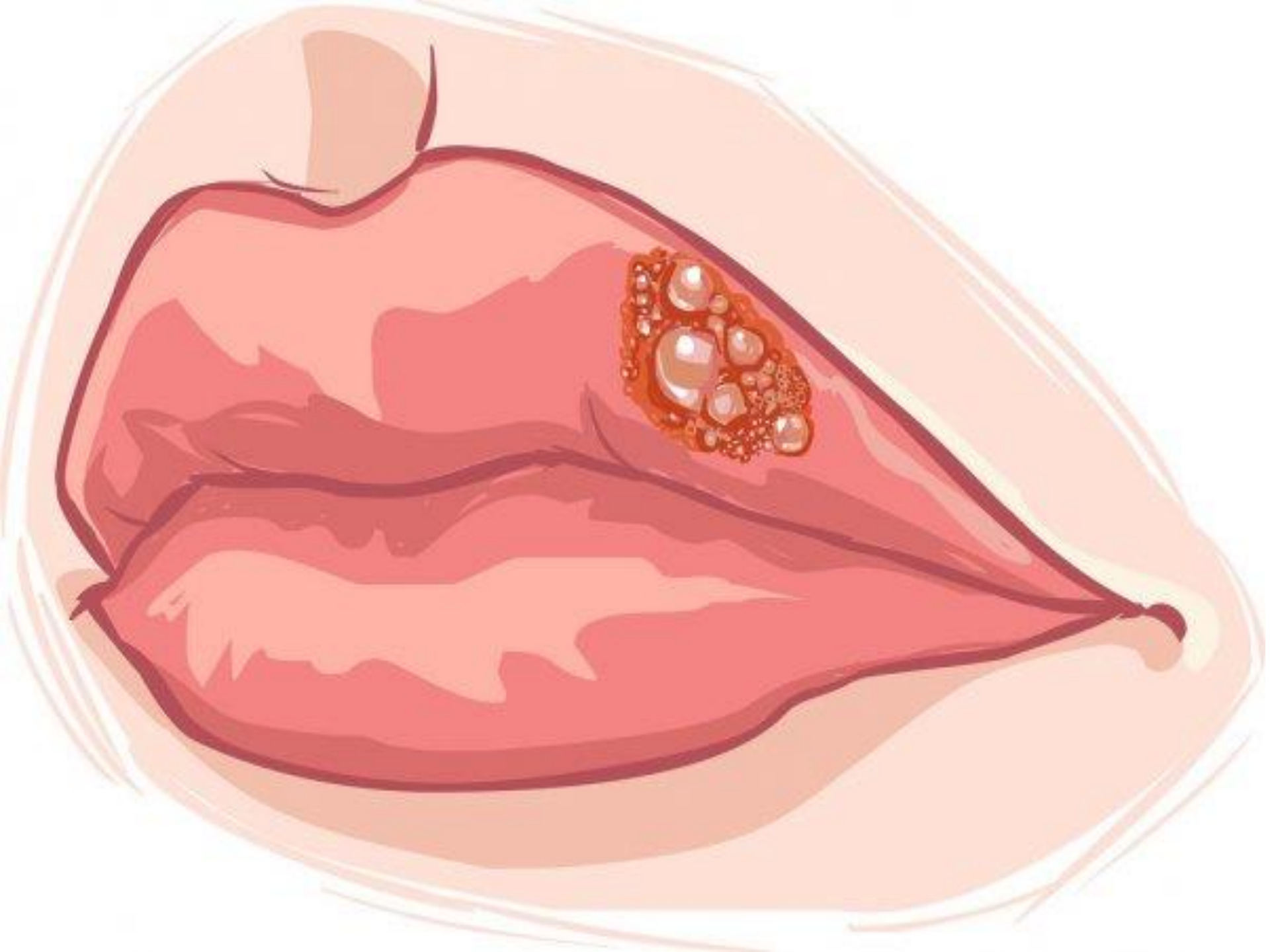
Primo infection et recurrences

- **Gingivo - stomatite herpétique aigue**
- **Atteinte génitale**
- **Atteinte cutanée**
- **Atteinte oculaire :keratoconjonctivite**



© 2000 Galderma SA

041964H



HERPES

A-La gingivo stomatite herpétique

- ❖ primo-infection à HSV1 ;
- ❖ elle associe fièvre élevée (39-40°) avec une atteinte gingivale, labiale et souvent de l'ensemble de la muqueuse endobuccale, faite d'œdème inflammatoire avec lésions vésiculeuses diffuses.
- ❖ Signe fonctionnel : douleur++++
- ❖ Les vésicules, souvent confluentes, vont s'ulcérer et deviennent très douloureuses à l'examen ou à l'alimentation
- ❖ la guérison en 8 à 10 jours, sans séquelles.



HERPES



HERPES

B-Les récurrences herpétiques

- ❖ Prodromes: prurit prémonitoire précédant l'éruption
- ❖ Eruption vésiculeuse en bouquet sur fond inflammatoire prurigineux, pouvant s'impetiginiser
- ❖ Parfois adénopathie satellite sensible
- ❖ Evolution vers la guérison en 5 à 7 jours avec récurrences sur le même siège
- ❖ Récurrences lors d'épisode de stress, exposition solaire intense, immunodépression, période des règles,...



HERPES

C-L'herpès disséminé

forme la plus sévère de l'herpès cutané.

- survient en général sur une peau altérée par les brûlures, dermatoses bulleuses autoimmunes ou par l'eczéma.
- réalise le tableau du syndrome de Kaposi-Julinsberg, éruption vésiculeuse disséminée à tout le corps avec fièvre (39-40°), altération de l'état général, quelque fois déterminations viscérales (foie/poumon).



HERPES



HERPES

Paraclinique:

prélèvement virologique local et analyse en PCR.

Traitement

- ❖ local par désinfection répétée des lésions
- ❖ Aciclovir creme : plusieurs applications / jour
- ❖ les lésions étendues ou viscérales: traitement antiviral par Acyclovir I.V 5 à 10 mg/kg toutes les 8 heures.



La Varicelle



Virus varicelle - zona



INCUBATION : +/- 15 jours.
Après immunoglobulines :
jusqu'à 20 jours



Toutes saisons



Surtout âge scolaire



CONTAGIOSITÉ :

5 jours avant l'éruption
et jusqu'à l'assèchement des lésions



ÉVICTION SCOLAIRE

Indiquée ou non
selon contexte clinique



- Etat général plutôt bon
- Fièvre modérée
- Prurit cutané



Conjonctives normales



SIGNE PARTICULIER. Vésicules et prurit



NE PAS CONFondre AVEC :

piqûres d'insecte, maladie de Gianotti-Crosti,
molluscum contagiosum, herpès cutané, folliculite,
maladie mains-pieds-bouche.

EVOLUTION : Guérison
habituelle en +/- 1 semaine.



COMPLICATIONS : impétigo,
cellulite, fasciite, pneumonie, hépatite
ataxie, encéphalite, syndrome de Reye.



FACTEURS DE RISQUES :

période néonatale, prématurité, âge adulte,
déficits immunitaires, aspirine.



RISQUE EMBRYO-FŒTAL : Faible
risque d'embryopathie.



ÉRUPTION VESICULEUSE

- Rash photosensible généralisé à
prédominance tronculaire.
- Lésions maculo-papuleuses puis
vésiculeuses et croûteuses.
- Éléments d'âge et d'aspect diffé-
rents dans un même territoire.
- Cicatrices hypopigmentées ou
hyperpigmentées.
- Vésicules ou lésions érosives sur
les muqueuses buccale et génitale.

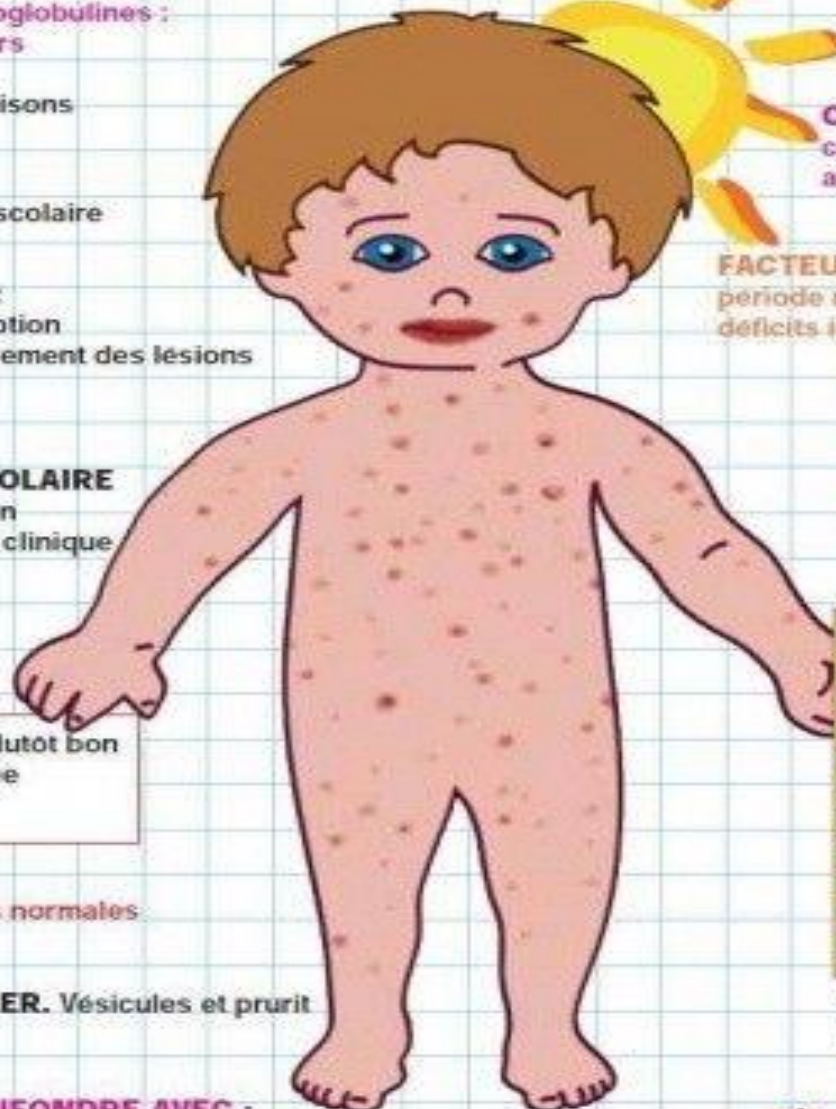


TRAITEMENT symptomatique ;
acyclovir si facteur de risque.



PRÉVENTION :

Contacts normaux : surveillance
Contacts à risque : immunoglobulines de
varicelle-zona (VZIG).



VARICELLE

Agent pathogène : *Primo infection* → VZV

Virus de la varicelle et du zona

Phase d'Incubation : 2 semaines

Clinique :

A-La phase d'invasion

Enfant d'âge scolaire

marquée par de la fièvre (38 à 40°) et un
malaise général,

quelquefois paradoxalement muette, et
brève (24 à 48 heures)



© 2000 Galderma SA

042113V

VARICELLE

Clinique : B-phase eruptive

Signes physiques

- Macules rosées vite surmontées
- Vésicule la « goutte de rosée »
- Liquide trouble → ombilication
- Dessèchement en 3j → croûte
- Tâche dépigmentée ou atrophie
- Érosion muqueuses

Topographie :

- 1^{er} : CC. Tronc – Muq.
- 2^{ème} : mbres sans PP
- 3^{ème} : Visage

Elements
D'âge ≠ts



VARICELLE

Signe fonctionnel : Prurit++++

Evolution :

- Bénigne chez l'enfant
- Surinfection
- *Pneumopathie varicelleuse*
- *Manif neuro* : attention au syndrome de Reye







VARICELLE

Paraclinique:

- ❖ une leuconéutropénie franche, quelquefois avec thrombopénie, à l'hémogramme
- ❖ la présence du virus dans les vésicules, obtenu par ponction ou raclage d'une lésion et analyse en PCR

VARICELLE

Traitement

❖ symptomatique :

- désinfection biquotidienne des lésions cutanées ;
- Antihistaminiques et soins attentifs des ongles ; antipyrétique type paracétamol (CI des AINS).
- Dans les cas severes: l'acyclovir intraveineux à la dose de 5 à 10 mg/kg toutes les 8 heures

❖ Préventif:

- le strict isolement des malades jusqu'à guérison clinique
- l'emploi d'immunoglobulines et d'acyclovir IV chez l'immunodéprimé
- Vaccination



SCARLATINE



Streptocoque β -hémolytique du groupe A

ÉVOLUTION : Guérison rapide sous antibiothérapie.



INCUBATION : 2 à 5 jours



Toutes saisons



Surtout âge scolaire

COMPLICATIONS : abcès péri-amygdalien, rhumatisme articulaire aigu, glomérulonéphrite aiguë.



CONTAGIOSITÉ : maximale au stade aigu; pendant plusieurs jours ou semaines en l'absence de traitement.

FACTEURS DE RISQUES : antécédents de rhumatisme articulaire aigu, de glomérulonéphrite aiguë.



RISQUE EMBRYO-FOETAL : négligeable



ÉVICTION SCOLAIRE

jusqu'au rétablissement de l'enfant, plus de risque contagieux après 24 heures d'antibiothérapie.



PAS ECOLE

- Etat général +/- bon
- Fièvre
- Mal de gorge, dysphagie
- Douleurs abdominales
- Nausées, vomissements
- Adénopathies cervicales



Conjonctives normales

ÉRUPTION ÉRYTHÉMATEUSE

- Eruption généralisée prédominant au niveau de la face antérieure du tronc.
- Pâleur du pourtour de la bouche et du nez si érythème du visage.
- Peau rouge sèche; éruption plus foncée au niveau des plis de flexion (signe de Pastia).
- Amygdales rouges et exsudatives, pétéchies au niveau du palais, langue saburrale puis rouge framboise.



SIGNE PARTICULIER. Signe de Pastia, langue framboisée.



NE PAS CONFONDRE AVEC : dermatite de contact, maladie de Kawasaki, allergie, rougeole.



TRAITEMENT antibiothérapie orale

PRÉVENTION :
Contacts normaux : surveiller
Contacts à risque : culture de gorge



SCARLATINE

- ❖ toxi-infection liée à la diffusion systémique de la toxine érythrogène du streptocoque hémolytique du groupe A (SGHA).
- ❖ Sa porte d'entrée, habituellement pharyngée, La maladie est contagieuse et immunisante.

SCARLATINE

- ❖ **L'incubation** silencieuse est brève, de 3 à 5 jours
- ❖ **L'invasion** est marquée par
 - d'une fièvre brutale à 40°, souvent mal supportée
 - d'une angine très dysphagique, typiquement rouge (« la plus rouge des angines »), avec adénopathies douloureuses
 - paradoxalement la langue est uniformément blanche

SCARLATINE

phase d'état ou d'éruption 48 à 72h

- ❖ Fièvre à 40
- ❖ l'éruption est une nappe rouge foncée, granitée, sans intervalle de peau saine. Elle est ecchymotique aux plis de flexion ;
- ❖ le faciès souffleté ;
- ❖ paumes et plantes sont respectées.
- ❖ L'éruption se généralise en 24 heures.
- ❖ L'angine persiste, mais la langue desquame en 7 jours d'avant en arrière donnant typiquement le V rouge des bords
- ❖ La langue desquamée prend un aspect framboisé.



SCARLATINE

L'évolution :

❖ Non traitée

- la phase éruptive dure en moyenne une semaine. Puis en 48 heures, tous les symptômes s'estompent
- Va suivre alors une desquamation typique, fine sur le tronc et la face, en larges lambeaux aux mains et aux pieds « en gants et chaussettes ».

❖ Traitée par antibiotiques,

- angine et fièvre disparaissent en 48 heures ; mais l'éruption suivra son cours normal.



SCARLATINE

Paraclinique:

- ❖ L'hémogramme montre une hyperleucocytose à PNN ;
- ❖ la VS et CRP sont positives
- ❖ Les prélèvements de gorge retrouve du streptocoque B hémolytique
- ❖ La protéinurie par chimie des urines signant l'atteinte glomérulaire doit être recherchée

SCARLATINE

Le traitement : ATB antistreptococcique.

- ❖ Pénicillines (Péni G- Ampicilline) à 100 mg/kg/jour chez l'enfant, 2 grammes/jour chez l'adulte. 10 jours de traitement



Conclusion



Rougeole- scarlatine- varicelle