

Item 314 : Exanthème

Collège National des Enseignants de Dermatologie

Date de création du document 2010-2011

Table des matières

OBJECTIFS	3
I Diagnostic positif	3
II Diagnostic différentiel	4
II.1 On élimine facilement	4
II.2 Urticaire	4
II.3 Érythèmes vasomoteurs	4
II.4 Érythèmes de cause exogène	4
II.5 Érythrodermie	4
III Diagnostic étiologique	5
III.1 Maladies infectieuses	5
III.1.1 Érythèmes morbilliformes	5
III.1.1.1 Mégalérythème épidémique	5
III.1.1.2 Mononucléose infectieuse	6
III.1.1.3 Rougeole	7
III.1.1.4 Fièvre boutonneuse méditerranéenne	7
III.1.1.5 Autres infections virales	8
III.1.2 Érythèmes roséoliformes	9
III.1.2.1 Exanthème subit	9
III.1.2.2 Rubéole	9
III.1.2.3 Primo-infection par le VIH	10
III.1.2.4 Syphilis secondaire	10
III.1.2.5 Autres maladies infectieuses	11
III.1.3 Érythèmes scarlatiniformes	11
III.1.3.1 Scarlatine	11
III.1.3.2 Scarlatine staphylococcique	12
III.1.3.3 Syndrome du choc toxique	12
III.1.3.4 Syndrome (adéno-cutanéomuqueux) de Kawasaki	13

III.2	Érythèmes médicamenteux	13
IV	Examens complémentaires pertinents	14
	Points Essentiels	14

OBJECTIFS

ENC :

- Devant un exanthème, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

I DIAGNOSTIC POSITIF

Un exanthème est une éruption cutanée d'apparition brutale, transitoire. Ce chapitre sera limité surtout aux érythèmes.

Il peut s'accompagner d'atteinte muqueuse (éнанthème).

Un érythème est une rougeur transitoire de la peau due à une vasodilatation des vaisseaux cutanés superficiels. Cette vasodilatation peut s'accompagner d'une exsudation dermique (œdème) donnant à l'érythème un caractère plus ou moins papuleux.

On distingue, selon leur importance :

- les exanthèmes *roséoliformes* ou *rubéoliformes* formés de petites macules rosées, pâles, bien séparées les unes des autres ;
- les exanthèmes *morbilliformes* maculo-papuleux rouges, pouvant confluer en plaques séparées par des espaces de peau saine avec une surface douce, veloutée à la palpation ;
- les exanthèmes *scarlatiniformes* en plaques diffuses rouge vif, légèrement granités à la palpation, sans intervalle de peau saine, chauds ou cuisants, s'intensifiant dans les plis, pouvant évoluer vers une desquamation secondaire en larges lambeaux.

II DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

II.1 ON ELIMINE FACILEMENT

Les purpuras : qui ne disparaissent pas à la vitropression.

Les angiomes et télangiectasies : de topographie stable et dont l'intensité varie avec la chaleur ambiante ou la température des bains ou des douches.

II.2 URTICAIRE

Elle est parfois très difficile à différencier d'un érythème car elle peut ne pas avoir une évolution fluctuante et transitoire (cf. Item 114 : Allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte : urticaire : http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_15/site/html/1.html).

II.3 ÉRYTHEMES VASOMOTEURS

La couperose : érythème congestif du visage (joue, nez, menton) dont les poussées sont favorisées par des facteurs émotionnels, alimentaires et l'environnement thermique.

L'érythème pudique du décolleté : localisé au cou ou au visage, ne durant que quelques minutes lors d'émotions chez les patients facilement émotifs.

II.4 ÉRYTHEMES DE CAUSE EXOGENE

Ils sont souvent facilement identifiés :

- piqûres d'insectes : érythème souvent papuleux centré par un point de piqûre ;
- brûlure : thermique ou caustique ;
- érythème phototoxique : limité aux territoires cutanés exposés à la lumière (visage, dos des mains et avant-bras, jambes).

II.5 ÉRYTHRODERMIE

L'érythrodermie se différencie d'un simple exanthème érythémateux en raison de l'atteinte universelle des téguments, de son caractère squameux et sa durée.

III DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

Les principales causes des érythèmes sont les infections et les réactions toxiques ou médicamenteuses. Chez l'enfant, il s'agit principalement de maladies virales. Chez l'adulte, il faut penser également aux causes médicamenteuses et aux maladies sexuellement transmissibles.

Les arguments en faveur d'une atteinte virale sont :

- le contexte épidémique ;
- la notion de contagie ;
- la fièvre ;
- un syndrome grippal ;
- un énanthème ;
- la présence d'adénopathies.

Les arguments en faveur d'une cause médicamenteuse sont :

- le prurit ;
- le polymorphisme de l'éruption ;
- l'éosinophilie sanguine ;
- l'introduction d'un médicament 5 à 14 jours avant l'éruption.

Si certains érythèmes sont très évocateurs, il n'existe pas de correspondance stricte entre un type d'érythème et une cause.

III.1 MALADIES INFECTIEUSES

III.1.1 Érythèmes morbilliformes

III.1.1.1 Mégalérythème épidémique

Le mégalérythème épidémique est dû au *Parvovirus* B19.

Il survient entre l'âge de 5 et 10 ans après une incubation d'environ 1 semaine et se manifeste par un exanthème très caractéristique en dentelle ou en carte de géographie pouvant toucher les convexités du visage puis des membres (Figure 1) et (Figure 2). Cette éruption, parfois très discrète, peut durer quelques heures à quelques jours et est souvent révélée par une exposition solaire. En raison du tropisme du virus pour les érythroblastes médullaires, il existe un risque de survenue d'une anémie aiguë chez les enfants ayant une

anémie hémolytique chronique. Il existe parfois des arthralgies, surtout chez l'adulte chez lequel l'éruption peut être localisée aux extrémités, en « gants et chaussettes ».

Figure 1 : Mégalérythème (parvovirus B19) : aspect « souffleté » du visage



Figure 2 : Mégalérythème : érythème morbilliforme « figuré » des jambes



III.1.1.2 Mononucléose infectieuse

Elle est due au virus Epstein-Barr (EBV).

L'éruption, très inconstante, survient après 1 semaine d'un tableau général (Tableau 1) s'accompagnant d'une fièvre, d'une angine, d'une asthénie avec adénopathies et splénomégalie. L'éruption est plus souvent morbilliforme et régresse en quelques jours. En cas de prise d'aminopénicilline, une éruption maculo-papuleuse confluente est quasi constante, sans signifier pour autant une « allergie ». Les complications viscérales sont rares (hépatites, méningo-encéphalite).

Tableau 1 : Principales causes d'exanthèmes en fonction de l'aspect sémiologique

Érythèmes morbilliformes Maladies infectieuses Essentiellement virales : mégalérythème épidémique (<i>Parvovirus B19</i>) echovirus (9 et 16), adénovirus, <i>Arbovirus</i> <i>Coxsackies</i> rougeole rubéole mononucléose infectieuse, cytomégalovirus, hépatite virale, primo-infection VIH Parfois bactériennes ou parasitaires : rickettsioses, mycoplasme, leptospirose, méningocoque, toxoplasmose... Syndrome de Kawasaki Lupus érythémateux Toxidermie : β -lactamines, sulfamides, anticomitiaux Indéterminées
Érythèmes roséoliformes Exanthème subit Rubéole Echovirus (9 et 16), <i>Arbovirus</i> Fièvre typhoïde Syphilis secondaire Primo-infection VIH
Érythèmes scarlatiniformes Maladies infectieuses Essentiellement bactériennes : scarlatine syndrome du choc toxique mais aussi : septicémies à staphylocoques, streptocoques Parfois viroses atypiques : mononucléose infectieuse... Toxidermies Syndrome de Kawasaki Indéterminées

III.1.1.3 Rougeole

La rougeole est due à un virus du groupe des *Paramyxovirus*.

Elle survient plutôt chez des enfants entre 3 et 7 ans avec une notion de contagion 10 à 15 jours auparavant. Elle est devenue rare du fait du vaccin ROR. 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 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).

III.1.1.4 Fièvre boutonneuse méditerranéenne

C'est une infection par *Rickettsia conorii*, non exceptionnelle en région méditerranéenne.

Elle se manifeste l'été après une incubation de 1 semaine environ par une fièvre à 40°C de 4 à 8 jours avec céphalées et myalgies puis une éruption de petites papules érythémateuses et parfois purpuriques (Figure 3) qui vont évoluer en plusieurs poussées avec extension

palmo-plantaire. L'examen peut trouver un chancre escarrotique au siège de la piqûre de tique responsable de l'inoculation. Il peut exister des complications viscérales (méningo-encéphalite, rein, cœur, poumon, coagulation intravasculaire disséminée [CIVD]). Le diagnostic se fait par l'isolement des rickettsies dans le sang ou la peau et sur la sérologie par IFD qui se positive entre le 7^e et le 15^e jour. Le traitement repose sur les cyclines, les quinolones ou les macrolides.

Figure 3 : Érythème morbilliforme (fièvre boutonneuse méditerranéenne à *R. conorii*)



III.1.1.5 Autres infections virales

De multiples autres infections virales peuvent être responsables d'un érythème morbilliforme.

Infections à Enterovirus

Certaines infections à *Enterovirus* (*Coxsackie*, echovirus 9) s'accompagnent souvent d'une éruption fugace, surtout chez l'enfant de moins de 3 ans. Elle touche principalement le tronc, puis les paumes et les plantes et s'accompagne d'un énanthème. 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 énanthème vésiculeux du voile du palais ; souvent, le tableau est incomplet.

Adénovirus

Les adénovirus associent une atteinte adéno-pharyngo-conjonctivale avec parfois une pneumopathie ou une atteinte digestive et un exanthème morbilliforme, parfois purpurique, touchant surtout l'hémicorps supérieur et durant 2 à 3 jours.

Hépatite B

L'hépatite B peut s'accompagner de poussées urticariennes en phase préictérique avec céphalées, arthralgies, nausées, vomissements, et asthénie. On peut observer une éruption morbilliforme ou scarlatiniforme.

Infections exotiques

Des infections exotiques (fièvre jaune, dengue) peuvent s'accompagner d'une éruption morbilliforme.

Autres étiologies

D'autres pathologies infectieuses (méningococcie, *Mycoplasma pneumoniae*, toxoplasmose...) peuvent également être associées à une éruption morbilliforme.

III.1.2 Érythèmes roséoliformes

III.1.2.1 Exanthème subit

L'exanthème subit (ou roséole infantile) est dû à l'HHV6 ou à l'HHV7 (*Human herpesvirus 6* et 7).

Cette affection survient chez les nourrissons entre 6 mois et 2 ans après une incubation d'une dizaine de jours. L'éruption survient après 3 jours de fièvre à 39-40°C. Elle est discrète, transitoire, touche principalement le tronc. C'est une cause fréquente de convulsions du nourrisson en raison de l'hyperthermie. Parfois, il n'y a pas d'éruption, dans d'autres cas, il peut ne pas y avoir de fièvre. Les complications viscérales sont rares avec adénopathies, méningite, syndrome mononucléosique, hépatites ou pneumopathies.

III.1.2.2 Rubéole

La rubéole, ou 3^e maladie, est une affection virale de l'enfant due à un togavirus, 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) (Figure 4) avec peu de signes généraux (adénopathies cervicales postérieures, parfois arthralgies voire même arthrite 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 (vaccin à virus vivants atténués rougeole, oreillons, rubéole) avec un rappel entre 11 et 13 ans. La recherche de l'immunisation par les anticorps dirigés contre le virus de la rubéole est obligatoire dans la surveillance des grossesses. Elle est aussi obligatoire lors de l'examen pré-nuptial, les femmes séronégatives devant être vaccinées en évitant toute grossesse dans les 3 mois après le vaccin.

Figure 4 : Érythème roséoliforme (rubéole)



III.1.2.3 Primo-infection par le VIH

Cf. item 85 : http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_8/site/html/1.html.

Elle est symptomatique dans plus de la moitié des cas après une incubation de 2 à 3 semaines. Elle s'accompagne d'un syndrome fébrile pseudo-grippal et d'une éruption érythémato-maculeuse du tronc avec parfois une atteinte du visage ou des paumes et des plantes. Il peut exister un syndrome mononucléosique avec une pharyngite, des adénopathies, une asthénie fébrile et des érosions buccales et génitales. La sérologie VIH est négative mais l'antigénémie p24 et surtout la charge virale permettent le diagnostic.

III.1.2.4 Syphilis secondaire

Cf. item 95 : http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_13/site/html/1.html.

La syphilis secondaire, survenant environ 45 jours après le chancre, va commencer par une roséole (première floraison) formée de macules de 5 à 10 mm arrondies, roses, planes, touchant principalement le tronc et qui vont durer quelques semaines, laissant parfois des séquelles dyschromiques (collier de Vénus). Le diagnostic est confirmé par la positivité des sérologies de dépistage VDRL et TPHA.

III.1.2.5 Autres maladies infectieuses

D'autres maladies infectieuses peuvent s'accompagner d'un érythème roséoliforme telle la fièvre typhoïde avec une éruption fugace lenticulaire du tronc dans la 2e semaine d'un tableau fébrile bruyant, ou des infections virales à *Enterovirus* (echovirus, *Coxsackie*, *Arbovirus*...).

III.1.3 Érythèmes scarlatiniformes

III.1.3.1 Scarlatine

La scarlatine est due à la sécrétion d'une toxine érythrogène par un streptocoque β -hémolytique. Elle est actuellement très rare. Elle commence brutalement chez un enfant d'âge scolaire (5-10 ans) par une angine rouge avec fièvre à 39-40°C suivie 24 heures plus tard d'un exanthème débutant sur le tronc et la racine des membres, légèrement granité, qui se généralise avec un aspect souffleté du visage et une atteinte plus importante des plis de flexion (Figure 5). Il existe un énanthème avec une gorge rouge et une langue blanche qui va desquamier de la pointe et des bords vers la base, prenant un aspect framboisé en 4 à 6 jours. L'évolution de l'exanthème se fait vers une desquamation secondaire en larges lambeaux entre le 10e et le 20e jour (aspect en « doigts de gants » sur les mains et les pieds).

Figure 5 : Scarlatine



L'éruption s'accompagne de fièvre, tachycardie, angine rouge, vomissements, céphalées, adénopathies sous-maxillaires. Les deux complications à redouter sont le rhumatisme articulaire aigu et la glomérulonéphrite post-streptococcique. Le prélèvement permet d'isoler un streptocoque β -hémolytique dans la gorge. Il existe une leucocytose à polynucléaires neutrophiles, une élévation secondaire des antistreptolysines. Le traitement repose sur la pénicilline pendant une dizaine de jours. Il faut bien sûr rechercher à distance l'absence de protéinurie.

III.1.3.2 Scarlatine staphylococcique

Elle représente probablement une forme bénigne de choc toxique staphylococcique secondaire à la sécrétion d'une toxine TSST1 sécrétée à partir d'un foyer bactérien staphylococcique.

III.1.3.3 Syndrome du choc toxique

Ce syndrome survient surtout chez des adolescents ou les adultes. Il est secondaire à la libération d'une toxine staphylococcique (toxine TSST1) sécrétée par un staphylocoque doré de groupe phagique I à partir d'un foyer cutané ou viscéral.

Il s'accompagne de signes généraux majeurs avec fièvre élevée, choc hypovolémique, éruption scarlatiniforme (Figure 6) du visage et du tronc, avec parfois un énanthème, une chéilite, une conjonctivite, une vulvite. Il peut exister une CIVD et une atteinte toxique cardiaque, pulmonaire, hépatique, musculaire, rénale, ou du système nerveux central.

Figure 6 : Érythème scarlatiniforme au cours d'un syndrome de choc toxique staphylococcique



III.1.3.4 Syndrome (adéno-cutanéomuqueux) 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. Elle se manifeste par :

- une fièvre élevée, $> 38,5^{\circ}\text{C}$, durant plus de 5 jours et ne répondant pas aux antibiotiques ;
- une conjonctivite congestive bilatérale avec œdème des paupières ;
- un érythème des lèvres et de la muqueuse buccale avec langue framboisée, chéilite ;
- un érythème palmo-plantaire avec œdème induré des mains et des pieds surtout chez le petit nourrisson évoluant ultérieurement vers une desquamation scarlatiniforme à la 3^e semaine ;
- un érythème touchant principalement le tronc, survenant à la fin de la 1^{re} semaine, variable, morbilliforme initialement puis scarlatiniforme avec quelques poussées évolutives pendant environ 1 semaine. Il existe parfois une atteinte prédominante du siège ;
- des adénopathies cervicales aiguës, non suppuratives, $>1-2$ 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 intraveineuses et aspirine.

III.2 ÉRYTHEMES MEDICAMENTEUX

(toxidermies, cf. item 181 : http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_30/site/html/1.html)

Ils peuvent réaliser *tous les types d'éruptions* précédemment décrites.

Leur *diagnostic est parfois difficile* car le médicament est souvent prescrit pour un épisode fébrile, qui pourrait être annonciateur de l'éruption constatée.

L'anamnèse et la chronologie des différentes prises médicamenteuses sont importantes pour évoquer une toxidermie.

L'existence d'un prurit doit également faire évoquer une cause médicamenteuse, de même que l'éosinophilie sanguine. Une toxidermie peut être fébrile.

Les médicaments le plus souvent en cause sont les antibiotiques (en particulier les β -lactamines), les sulfamides, les anticomitiaux et les AINS.

IV EXAMENS COMPLEMENTAIRES PERTINENTS

Chez l'enfant : habituellement, aucun examen n'est indispensable sauf si l'on suspecte :

- une scarlatine (NFS, prélèvement de gorge) ;
- un syndrome de Kawasaki (NFS, plaquettes, échographie cardiaque).

Chez l'adulte : en dehors d'une cause évidente on réalisera : NFS, tests hépatiques, sérodiagnostic de MNI, TPHA, VDRL, charge virale VIH, antigénémie p24.

Chez la femme enceinte, en prenant en compte son statut sérologique de début de grossesse, on demandera les sérologies de toxoplasmose, rubéole, CMV, *Parvovirus* B19 et syphilis.

Comme certaines septicémies peuvent de façon exceptionnelle se manifester par un exanthème, des hémocultures sont indiquées en cas d'altération franche de l'état général ou de signes d'orientation (syndrome méningé, syndrome dysentérique...).

La biopsie cutanée d'un exanthème *n'est pas justifiée* car elle ne montrerait que des anomalies discrètes et non spécifiques, ne permettant pas de diagnostic étiologique.

POINTS ESSENTIELS

- **Les diagnostics à ne pas manquer devant un érythème sont :**
 - **syndrome de Kawasaki chez le nourrisson (urgence thérapeutique) ;**
 - **primo-infection par le VIH chez l'adulte (urgence thérapeutique) ;**
 - **syndrome de choc toxique staphylococcique (urgence thérapeutique) ;**
 - **mononucléose infectieuse chez l'adolescent recevant une aminopénicilline (il n'est pas allergique aux pénicillines).**