



Extrait du Urgences-Online

<http://www.urgences-serveur.fr/exantheme-morbiliforme-et,1725.html>

# Exanthème morbiliforme et Toxidermie au SAU

- Protocoles - Hospitalier - Cochin - Hôtel Dieu - Dermatologie -



Date de mise en ligne : vendredi 25 février 2011

---

Urgences-Online

---

### 1) Messages importants :

- ▶ Exanthème diffus constitué de grandes macules roses ou rouges séparées par des intervalles de peau saine
  - les autres types d'érythème diffus sont :
    - l'érythème scarlatiniforme sans intervalle de peau saine
    - l'érythème roséoliforme typique de la rubéole et de la syphilis, beaucoup plus discret a la limite de la visibilité avec de larges intervalles de peau saine)
  
- ▶ Etiologies multiples :
  - sans prurit : rougeole, rubéole, roséole, syphilis secondaire, pityriasis rosé de Gilbert, mégalérythème épidémique (parvovirus B19), primo infections VIH, VHB (stade pré ictérique), EBV/CMV, arbovirose (dengue++, fièvre jaune), ...
  - avec prurit : urticaire, toxidermie, piqure d'insecte, ...

### 2) Tri IAO

- ▶ Dépend du motif de consultation, de l'intensité et de l'ancienneté des symptômes.
- ▶ Niveau 1 ou 2 : fièvre > 38.5°C, signes de détresse vitale en particulier respiratoire, présence d'une éruption muqueuse (oeil, bouche, parties génitales) ; Niveau 3 : autres éruptions
- ▶ Penser au masque pour toute éruption morbilliforme fébrile et à l'isolement en Box.

### 3) Rougeole

- ▶ Maladie à déclaration obligatoire +++
- ▶ Une des maladies les plus **contagieuses** connues. Le virus se propage par les gouttelettes en suspension dans l'air (projetées par la toux ou les éternuements des malades). Presque tous les enfants non immunisés la contractent en cas d'exposition au virus
- ▶ Les formes sévères surviennent plus particulièrement chez le jeune enfant malnutri **mais également chez les adultes >20 ans** . Le taux de mortalité dans les pays en développement se situe en général entre 1 et 5 %, mais peut atteindre 25 % dans les populations où la malnutrition est fréquente et qui ont difficilement accès aux soins.

## Exanthème morbiliforme et Toxidermie au SAU

- les complications les plus fréquentes sont la diarrhée et les otites
- les complications sévères sont (chez le jeune enfant malnutri et l'adulte > 20 ans) la pneumonie (2 à 7%) et l'encéphalite aiguë (1/1000) et imposent l'hospitalisation

### ► Rappel sur le calendrier vaccinal :

<span class='spip\_document\_1971 spip\_documents spip\_documents\_left' style='float:left; width:658px;'>

**ROR ET**

Pour les mises à jour  
et de l'INPES

Pour la vaccination  
du site [www.inpes.sciensano.be](http://www.inpes.sciensano.be)

À 12 mois

Entre 13 et 24 mois  
(Peut être rattrapé)

Enfants et adultes  
nés depuis 2000  
(Rattrapage)

Personnes âgées  
(Rattrapage)

Nourrissons

Voyageurs  
de rougeole

Professionnels  
antécédents  
et dont la sérologie  
professionnelle est  
ou en poste de  
des sujets à

La vaccination  
chez une femme

[1] BEH n°29-30 du 11/07/00

[2] BEH n°16-17 du 04/04/00

[3] La recommandation est de vacciner  
afin d'assurer une couverture

[4] Recommandation de l'OMS

### ► Clinique :

- Le premier symptôme est en général une forte fièvre qui apparaît environ 10 à 12 jours après l'exposition et persiste un à sept jours. Au cours de ce stade initial, le tableau peut comporter une rhinorrhée, de la toux, des

yeux rouges, larmoyants, et de [petits points blanchâtres sur la face interne des joues

- L'éruption apparaît quelques jours plus tard, habituellement sur le visage et le haut du cou. En trois jours environ, elle progresse vers la partie inférieure du corps, pour atteindre les mains et les pieds. Elle persiste cinq à six jours avant de disparaître. On l'observe en moyenne 14 jours après l'exposition au virus, dans un intervalle de sept à 18 jours
- signe de Köplick : apparition sur la muqueuse buccale, à la hauteur des molaires, de petites **taches rouges** irrégulières avec un petit **point central blanc**
- le signe de Köplick est pathognomonique de la rougeole, bien qu'inconstant
- rare et fugace, souvent présent moins de 24 heures pendant la phase d'invasion



### ▶ diagnostic biologique :

- sérologie : IgM positives de J3 à J28 / séroconversion ou élévation d'au moins 4 fois du titre des IgG entre la phase aigüe (J0 à J7 après le début de l'éruption) et la phase de convalescence (10 à 20 jours après le 1er prélèvement)
- détection IgM salivaires
- culture : non pratiquer en routine
- RT-PCR

### ▶ traitement :

- PEC symptomatique (antipyrétiques, désinfection rhinopharyngée)
- le ttt des surinfections des voies aériennes fait souvent appel à l'association amoxicilline-acide clavulanique
- hospitalisation en cas de forme compliquée
  - atteinte pulmonaire interstitielle
  - surinfection pulmonaire bactérienne
  - atteinte neurologique : encéphalite, myélite
  - atteinte ophtalmologique invalidante (rare) : kératite
  - terrain:immunodéprimé et femme enceinte (hors service d'obstétrique)

## 3) Rubéole

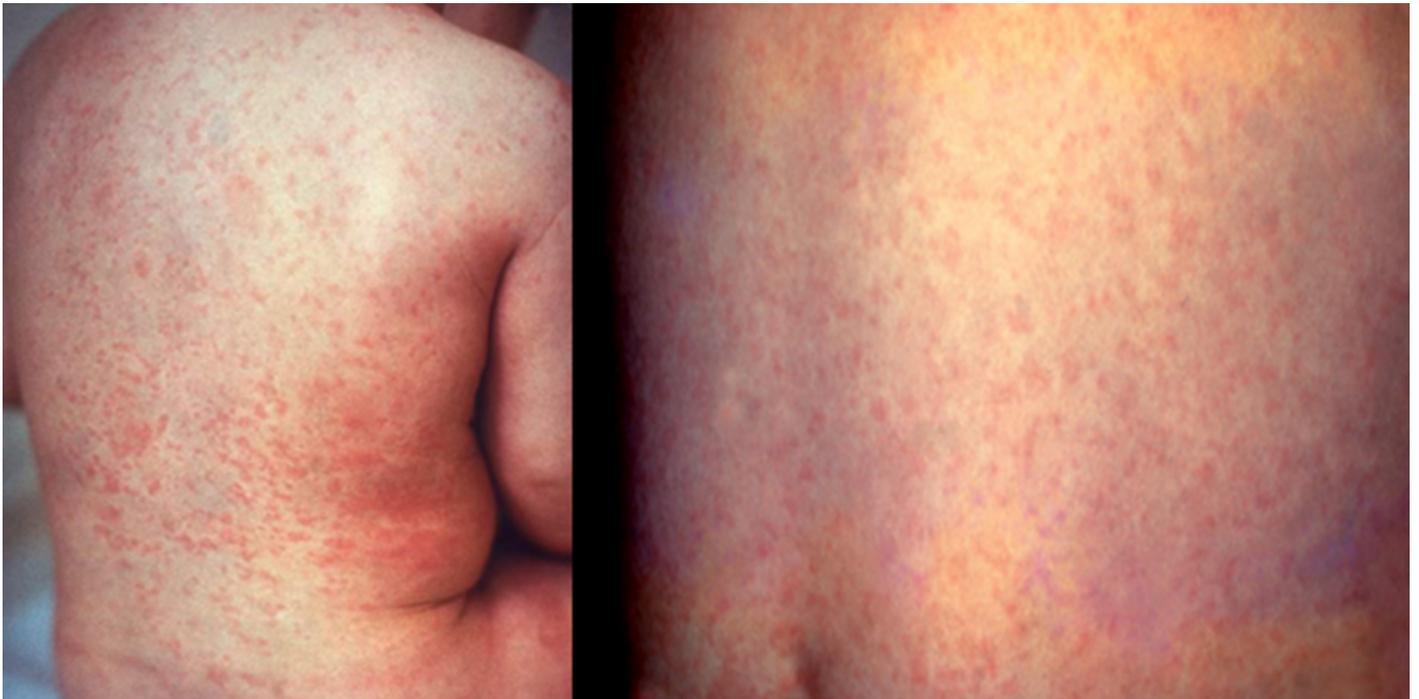
### Rubéole acquise

#### ▶ Manifestations cliniques

- incubation : 14 à 20 jours
- invasion (2 jours) : syndrome grippal
- phase d'état :
  - éruption (inconstante, non caractéristique, 50% des formes sont inapparentes) débutant au visage et s'étendant en moins de 24h au tronc et aux MI, évoluant dans le temps (J1 éruption maculeuse, J2

confluence des lésions, J3 disparition sans séquelles)

- fièvre
  - adénopathies
- ▶ diagnostique biologique : recherche des Ac antirubéoleux sur 2 prélèvements effectués à 15 j d'intervalle
- ▶ traitement : symptomatique



### Rubéole congénitale

- ▶ La gravité de l'infection est liée à la tératogénicité du virus :
- risque d'embryopathie avec syndrome malformatif en cas de contamination jusqu'à 20 SA : 85% de malformations pdt les 8 premières semaines (atteintes multiviscérales), 52% de 9 à 12 SA (cardiopathies), 16% de 13 à 20 SA (atteinte cérébrale et oreille interne)
  - risque de foetopathie à évolution viscérale en cas d'atteinte après 20 SA (hypotrophie, purpura thrombopénique, HSM et ictère, méningite lymphocytaire, myocardite, pneumopathie interstitielle, ...)
- ▶ Vaccination contre indiquée tout au long de la grossesse

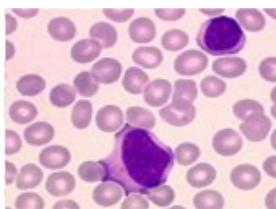
## 4) Mononucléose infectieuse

- ▶ Maladie lymphoproliférative bénigne touchant de préférence des jeunes adultes de 15 à 25 ans avec une triade classique : fièvre, adénopathies, pharyngite
  
- ▶ L'EBV infecte et se réplique dans les cellules épithéliales de l'oropharynx et dans les lymphocytes B responsable d'une prolifération lymphocytes T (CD8++) elle-même responsable d'une lymphocytose périphérique avec polyadénopathie et HSM
  
- ▶ Manifestations cliniques
  - Incubation : 4 à 6 semaines
  - Phase prodromale (2 à 3 jours) : Sd grippal (faiblesse générale, catarrhe rhinopharyngée, frissons, fièvre)
  - Phase d'état (2 à 3 semaines) : **fièvre** (39-40°C), **angine** érythémateuse bilatérale non ulcéreuse souvent pseudomembraneuse, **ADP** cervicales++ douloureuses (2 à 7 jours après le début de la fièvre), **splénomégalie** (dans 25 à 50% des cas) +/- hépatomégalie, **exanthème morbilliforme ou scarlatiniforme** dans 3 à 10% des cas (souvent provoqué par la prise d'ampicilline ++), **subictère** dans 10 à 12% des cas



- ▶ Diagnostic :

- NFS : Syndrome mononucléosique qui se caractérise par la présence d'une hyperlymphocytose (> 4000/dl) constituée de lymphocytes polymorphes dont de grands lymphocytes hyperbasophiles (10 à 20% de lymphocytes atypiques : de grande taille avec cytoplasme basophile). Il peut exister des cellules moins typiques pouvant évoquer des lymphoblastes, mais le polymorphisme de la réaction mononucléosique s'oppose au monomorphisme de la réaction leucémique
  - pour info autres étiologie d'un syndrome mononucléosique : infection à CMV +++, primo infection par le VIH, rubéole, rougeole, oreillons, HSV, VZV, hépatites (notamment A), parvovirus B19 ; etiologies infectieuses bactériennes et parasitaires (brucellose, rickettsioses, typhoïde, syphilis secondaire, toxoplasmose et paludisme) et étiologies non infectieuses (allergies médicamenteuses, maladies auto-immunes)



- MNI test positif
- sérologie : IgM et IgG anti-VCA (témoins d'une infection aiguë, disparaissent en 4 à 8 semaines), IgM EA (signe une infection récente), anticorps anti-EBNA (apparaissent tardivement, pas avant 1 à 3 mois)

### ► Complications :

- neurologiques (dans 0.7 à 1% des cas) : somnolence, céphalées, convulsions, vertiges ; plus rarement méningite lymphocytaire aiguë ou méningo encéphalite.
- cardiaques (rares) : myocardite ou péricardite, avec dans 6% des cas des anomalies électrocardiographiques.
- pulmonaires (5 à 10% des cas)
- hépatiques ++ : hépatomégalie, cytolyse, ictère avec apparition d'une insuffisance hépatocellulaire dans 5 à 10% des cas
- hématologiques : anémie hémolytique (3%), thrombopénie (1 à 2% des cas).
- abdominales : rupture spontanée ou traumatique de la rate (1 à 2 cas pour 1000), adénite mésentérique (tableau d'appendicite aiguë)
- complications graves chez les sujets immunodéprimés : Sd lymphoprolifératifs de type polyclonal pouvant évoluer vers des proliférations monoclonales malignes, Sd d'hémophagocytose

►

Traitement :

- le traitement est ambulatoire la plupart du temps mais une hospitalisation s'impose en cas de complications (anémie hémolytique, thrombopénie, myocardite)
- ttt symptomatique (analgésiques et antipyrétiques) avec limitation des activités physiques
- les corticoïdes peuvent être indiqués au cours de certaines complications graves : détresse respiratoire aiguë sur compression des VAS (angines dysphagiantes ou dyspnéisantes), hémolyse, thrombopénie, atteintes cardiaques et neurologiques (1 à 1.5 mg/kg/j pdt 10 jours avec décroissance progressive)
- l'acyclovir est réservé aux formes graves chez le sujet immunodéprimé

## 5) Pityriasis rosé de Gibert

- ▶ Dermatose bénigne
- ▶ Aucun agent causal identifié
- ▶ Le médaillon initial est suivi d'une efflorescence de lésions comparables de plus petite taille. Celles-ci sont typiquement ovalaires et orientées dans le dos selon l'axe des côtes "en sapin de Noël". Respect des extrémités



- ▶ Diagnostics différentiels : syphilis secondaire, psoriasis en gouttes, toxidermie
- ▶ Guérison spontanée en 4 à 6 semaines
- ▶ Traitement symptomatique : émollients, anti-H1 sédatifs ou CTC faibles doses si prurit

## 6) Syphilis secondaire

- ▶ Toute éruption cutanée non prurigineuse trainante est suspecte
- ▶ Sémiologie (> 6 semaines après le début du chancre) :
  - la roséole est la forme précoce. Macules non prurigineuses, rosées, non squameuses.
  - les syphilides papuleuses plus tardives : papules lenticulaires de la paume des mains et plantes des pieds, indurée et sans prurit, avec une collerette squameuse périphérique
  - lésions muqueuses (très contagieuses+++ ) : glossite, amygdalite, perlèche unilatérale
  - polyadénopathie
  - alopecie fronto temporale, irrégulière



- ▶ Diagnostic biologique : sérologie syphilis positives
- ▶ Traitement : 1 injection IM d'Extencilline® 2.4 MU (si allergie à la pénicilline : doxycycline 100mgx2/24h)
  - NB : réaction de Jarisch-Herxheimer : Sd pseudo grippal avec accentuation des lésions cutanéomuqueuses quelques heures après le début du ttt, d'évolution spontanément favorable (pouvant être atténuée par une courte corticothérapie)

- ▶ Dépistage des autres IST+++ ; dépistage et ttt des partenaires sexuels (1 inj 2,4 MU IM d'Extencilline systématique pour tous les sujets contacts)
- ▶ Surveillance après ttt : décroissance du VDRL quantitatif (négativation à 1 an)

## 6) Urticaire

- ▶ Eruption papulo-oedémato-prurigineuse à contours nets, fugace.  
On distingue l'urticaire commune (superficielle) et l'urticaire profonde (oedème de Quincke)
- ▶ Etiologies : médicamenteuses (pénicillines, aspirine, AINS, produits de contraste iodés, sulfamides, ...), alimentaires (crustacés, fromage, chocolat, fraises, PLV, colorants...), infectieuses (phase préictérique hépatite B, parasitoses, ...), contact (végétaux, animaux, produits chimiques), mécanique (dermographisme), urticaire cholinergique (conjonction : chaleur, effort), urticaire au froid, solaire, ...
- ▶ Traitement : éliminer la cause allergique/éviter les facteurs favorisants, anti H1 (1re génération : polaramine®, atarax®... ; 2e génération : zyrtec®, acrius®...)



## 7) Toxidermie

**Benignes :**

- ▶ Toxidermies érythémateuses = les plus fréquentes
  - erythème scarlatiniforme ou morbilliforme avec polymorphisme lésionnel
  - débute au niveau des plis, atteinte palmo-plantaire
  - absence d'énanthème
  - prurit précédant ou accompagnant l'éruption
  - prise médicamenteuse dans les 4 à 14 jours précédents l'éruption ; disparition rapide après arrêt du ttt
  - Médicaments incriminés :
    - Beta lactamines, sulfamides, anti comitiaux, sels d'or



- ▶ Toxidermies urticariformes = 2e en fréquence
  - Médicaments responsables :
    - pénicillines, aspirine, AINS, produits de contraste iodés, sulfamides, ...

### Graves

- ▶ angio oedème et choc anaphylactique

- l'oedème angio-neurotique :
  - présence d'un déficit pondéral et/ou fonctionnel en C1 Inh (inhibiteur de la fraction C1 du complément)
  - les IEC peuvent donner un tableau particulier d'urticaire profonde à type d'angio oedème
  - gonflement localisé et soudain des tissus sous-cutanés ou sous-muqueux sans urticaire associé avec zone de prédilection pour chaque patient avec parfois atteinte abdominale (crises sub-occlusives, ascite) et ORL (dysphagie, modification de la voix, dyspnée)
  - ttt spécifique : Acide Tranexamique (Exacyl®) 1g IVL ttes les 4 à 6h en l'absence de CI et de forme grave ; Concentré de C1 inhibiteur (Berinert®) 20U/kg IVL sur 10 à 15 mn à renouveler si besoin une fois ou inhibiteur des récepteurs de la bradykinines (Firazyr®) 1 amp de 30 mg en s/cut à renouveler 6h après en cas d'inefficacité.

### ► La pustulose exanthématique aiguë généralisée (PEAG)

- éruption caractérisée par la survenue brutale d'un érythème rouge vif, oedémateux, souvent au tronc et dans les plis axillaires et inguinaux, qui se parsème de pustules blanchâtres non folliculaires dans les heures ou les jours suivants. L'éruption se dissémine en quelques heures au tronc puis aux membres inférieurs.
- la fièvre et l'hyperleucocytose sont constantes
- guérison spontanée en une dizaine de jours après arrêt des médicaments responsables, les pustules laissant place en quelques jours à une desquamation annulaire. L'évolution peut être fatale, notamment chez les sujets âgés. La mortalité serait de 1 à 2%.
- origine médicamenteuse dans plus de 90% des cas. Le délai de survenue de l'éruption est soit bref (dans les 48 heures suivant l'introduction d'un médicament) soit plus long (15 à 21 jours), ce qui correspondrait à deux situations : les patients ayant déjà pris le médicament en cause (c'est à dire sensibilisés) et ceux non sensibilisés. Les autres causes de PEAG sont plus rares (entérovirus, cytomegalovirus ou allergènes alimentaires)
- les médicaments les plus mis en cause sont :
  - l'amoxicilline (+/- acide clavulanique), la pristnamycine, l'hydroxychloroquine, le cotrimoxazole, la carbamazépine, le diltiazem, l'association spiramycine+métronidazole, la terbinafine, la nystatine



- ▶ Syndrome d'hypersensibilité (ou DRESS pour drug rash with eosinophilia and systemic symptoms) :
  - réaction médicamenteuse sévère dont l'atteinte systémique en fait toute la gravité et au cours de laquelle les manifestations cutanées ne sont pas toujours présentes
  - La pathogenèse n'est pas complètement élucidée (défaut de détoxification des métabolites réactifs et co-infection par herpes virus 6 et possiblement 7)
  - Le tableau clinique initial du DRESS est souvent limité à une pharyngite, un malaise général et une fièvre ; dans un second temps, apparaissent un oedème du visage, des polyadénopathies et un exanthème. Sur le plan biologique, les premiers signes sont le plus souvent une lymphopénie, puis un syndrome mononucléosique avec une monocytose circulante (séquence similaire à ce qui est observé au cours d'une infection virale sévère). Suivent l'éosinophilie, puis les anomalies biologiques témoignant d'une atteinte viscérale (syndrome d'hémophagocytose, hépatite (transaminases > 2 N), pneumopathie interstitielle néphropathie péricardite ou myocardite). L'ensemble des critères de DRESS ne sont donc pas forcément présents initialement mais peuvent apparaître au cours de l'évolution.
  - Les médicaments associés au DRESS sont en nombre limité. L'enquête doit rechercher ceux dont l'introduction remonte généralement entre trois semaines et trois mois (mais parfois deux semaines à plusieurs mois) avant le début du DRESS. En cas de réintroduction médicamenteuse, le délai peut être plus court. Il existe un risque d'attribuer la responsabilité du DRESS à un médicament prescrit pour des manifestations cliniques qui correspondent déjà au début du syndrome, en particulier la prise d'amoxicilline ou d'une autre bêta-lactamine prescrite pour une pharyngite fébrile.
  - mortalité d'environ 10% et les médicaments les plus fréquemment incriminés sont les antiépileptiques (phénobarbital, carbamazépine, valproate de sodium), les sels d'or, l'allopurinol, les sulfamides (adiazine, sulfasalazine, dapson) et la minocycline. Ils doivent être arrêtés le plus rapidement possible. Le traitement par stéroïdes systémiques à hautes doses (1 mg/kg) est réservé aux cas avec atteinte systémique grave



- ▶ toxidermie bulleuse : Sd de Stevens-Johnson, Sd de Lyell ou nécrolyse épidermique :
  - caractérisées par la destruction brutale de la couche superficielle de la peau et des muqueuses. Rares, c'est une urgence vitale. Les bulles cutanées peuvent confluer sur une surface importante et s'accompagner d'érosions muqueuses douloureuses (oeil, bouche, OGE, muqueuse bronchique). L'éruption débute au visage et à la partie supérieure du tronc avant de s'étendre à l'ensemble du tégument, avec une prédominance sur le tronc et la partie proximale des membres, se recouvrant de vésicules plus ou moins confluentes. À la phase d'état, la nécrolyse épidermique réalise typiquement dans les régions atteintes un décollement épidermique en « linge mouillé ». Tout traumatisme « arrache » des lambeaux d'épiderme (signe de Nikolsky) et fait place à un derme rouge suintant. Une dizaine de médicaments « à haut risque » sont responsables de la moitié des cas (sulfamides, AINS, allopurinol, anticomitiaux et antiviraux (nevirapine). Une prise en charge symptomatique lourde est indispensable en urgence. Le pronostic est grave, 20 à 25 % de mortalité et près de 50 % de séquelles, en particulier oculaires, chez les survivants



## 9) Bibliographie

- Calendrier vaccinal : inpes (recommandations 2009)
- Rougeole, Rubéole : E. Pilly 2006
- Syphilis secondaire, Toxidermies : inter-med dermatologie 2007
- PRG : [www.esculape.com](http://www.esculape.com)
- Pilly 2006 "infection à virus d'Epstein Barr (EBV)"