

# Exanthème

F. CAMBAZARD (*St Etienne*), Y. DE PROST (*Paris, Necker*), G. LORETTE (*Tours*), C. BEYLOT (*Bordeaux*)

### Objectifs

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

La question ne portera que sur les érythèmes purs. On élimine les lésions érythémato-squameuses (psoriasis, pityriasis rosé de Gibert, lupus érythémateux chronique), érythémato-vésiculeuses (eczéma), érythémato-bulleuses (pemphigoïde, érythème polymorphe), érythémato-papuleuses (urticaire) ou érythémato-nodulaires (érythème noueux).

### DIAGNOSTIC POSITIF

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 donnant à l'érythème un caractère plus ou moins papuleux. L'érythème peut s'intégrer dans le cadre d'une éruption caractérisant une fièvre éruptive : il s'agit alors d'un exanthème. Il peut toucher les muqueuses et il est alors dénommé énanthème.

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.

### DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

#### On élimine facilement

— les purpuras de coloration plus rouge et qui ne disparaissent pas à la vitropression ;

— les anomalies vasculaires superficielles (angiome, télangiectasies) de topographie stable et dont l'intensité varie avec la chaleur ambiante ou la température des bains ou des douches.

#### L'urticaire

L'urticaire est parfois très difficile à différencier d'un érythème car elle peut ne pas avoir une évolution fluctuante et transitoire (voir question).

#### L'érythrodermie

L'érythrodermie se différencie d'un simple érythème en raison de l'atteinte universelle des téguments et de son caractère squameux. Les lésions s'accompagnent souvent de troubles vasomoteurs, de sensation de frilosité, de frissons et parfois de fièvre. Il s'agit d'une maladie grave exposant à des déperditions hydroélectrolytiques et caloriques importantes. Cette érythrodermie traduit en général l'aggravation d'une dermatose inflammatoire pré-existante (eczéma, psoriasis) après des erreurs thérapeutiques, mais doit faire rechercher également une toxidermie médicamenteuse, un lymphome cutané.

#### Les érythèmes vasomoteurs

Ils sont représentés par :

- la couperose, érythème congestif du visage (joue, nez, menton) dont les poussées sont favorisées par des facteurs émotionnels alimentaires et d'environnement thermique ;
- l'érythème pudique du décolleté, du cou ou du visage ne durant que quelques minutes lors d'émotions chez les patients facilement émotifs.

#### Les érythèmes de cause exogène

Ils sont souvent facilement identifiés :

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

## DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

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 contag
- 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 nouveau médicament 5 à 15 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.

## Les érythèmes roséoliformes

## LA ROSÉOLE INFANTILE

La roséole infantile ou exanthème subit, est due à l'HHV6 (human herpes virus 6). Cette affection survient chez tous 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.

## LA RUBÉOLE

La rubéole ou 3<sup>e</sup> maladie est une affection virale banale de l'enfant due à un togavirus qui 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) avec peu de signes généraux (adénopathies cervicales postérieures, parfois arthralgies 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 d'anticorps anti-rubéoleux est obligatoire dans la surveillance des grossesses. Il est aussi obligatoire lors de l'examen prénuptial, les femmes séronégatives devant être vaccinées en évitant toute grossesse dans les 3 mois après le vaccin.

## LA PRIMO-INFECTION PAR LE VIH

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 est positive, permettant le diagnostic.

## LA SYPHILIS SECONDAIRE

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.

## AUTRES MALADIES INFECTIEUSES

D'autres maladies infectieuses peuvent s'accompagner d'un érythème roséoliforme telles la fièvre typhoïde avec une éruption fugace lenticulaire du tronc dans la 2<sup>e</sup> semaine d'un tableau fébrile bruyant, ou des infections virales à enterovirus (ECHO, Coxsackie, arbovirus....).

## Les érythèmes morbilliformes

## LA ROUGEOLE

La rougeole, due à un virus du groupe des paramyxovirus, survient plutôt chez des enfants entre 3 et 7 ans avec une notion de contag 10 à 15 jours auparavant. Il existe une phase de catarrhe oculo-nasale pré-éruptive 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).

## LE 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 une 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. 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.

## LA MONONUCLÉOSE INFECTIEUSE

Elle est due au virus Epstein-Barr (EBV). L'éruption, très inconstante, survient après une semaine d'un tableau général

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 signer pour autant une « allergie ». Les complications viscérales sont rares (hépatites, méningo-encéphalite).

#### LA FIÈVRE BOUTONNEUSE MÉDITERRANÉENNE

C'est une infection par *Rickettsia conorii*, non exceptionnelle en région méditerranéenne, qui se manifeste l'été après une incubation d'une 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 qui vont évoluer en plusieurs poussées avec extension palmo-plantaire. L'examen peut trouver un chancre escarrotique d'inoculation, siège de la morsure de tique. Il peut exister des complications viscérales (méningo-encéphalite, rein, cœur, poumon, coagulation intravasculaire disséminée). Le diagnostic se fait par l'isolement des rickettsies dans le sang ou la peau et sur la sérologie par immunofluorescence indirecte qui se positive entre le 7<sup>e</sup> et le 15<sup>e</sup> jour. Le traitement repose sur les tétracyclines, les quinolones ou les macrolides.

#### AUTRES INFECTIONS VIRALES

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

##### Infections à entérovirus

Certaines infections à entérovirus (Coxsackie, virus ECHO 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 érythème. Ces infections surviennent surtout l'été après une incubation de quelques jours avec de la fièvre, des céphalées, une anorexie et une gastro-entérite. Les infections à coxsackie peuvent s'accompagner de vésicules ovalaires des mains et des pieds (syndrome mains-pieds-bouche) avec un érythème vésiculeux du voile du palais ; souvent, le tableau est incomplet.

##### Adéno-virus

Les adéno-virus associent une atteinte adéno-pharyngo-conjonctivale avec parfois une pneumopathie ou une atteinte digestive et un érythème 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 pré-ictérique 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 cas

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

### Les érythèmes scarlatiniformes

#### LA SCARLATINE

La scarlatine est due à la sécrétion d'une toxine érythrogène par un streptocoque bêta-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. Il existe un érythème 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 10<sup>e</sup> et le 20<sup>e</sup> jour (aspect en doigts de gants sur les mains et les pieds).

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 retrouve un streptocoque bêta-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 faudra bien sûr rechercher à distance l'absence de protéinurie.

#### LA SCARLATINE STAPHYLOCOCCIQUE

Elle représente probablement une forme bénigne de nécrolyse épidermique staphylococcique secondaire à la sécrétion d'une toxine exfoliante sécrétée à partir d'un foyer bactérien staphylococcique.

#### LE SYNDROME DE CHOC TOXIQUE

Ce syndrome survient surtout chez des adolescents ou les adultes. Il est secondaire à la libération d'une toxine staphylococcique (toxine TSS1) 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 du visage et du tronc, avec parfois un érythème, une cheilite, une conjonctivite, une vulvite. Il peut exister une coagulation intravasculaire disséminée, et une atteinte toxique cardiaque, pulmonaire, hépatite, musculaire, rénale, ou du système nerveux central.

#### LE SYNDROME (ADÉNOCUTANÉO-MUQUEUX) DE KAWASAKI

C'est un syndrome inflammatoire (probablement en réaction à un agent infectieux ou toxique jouant le rôle d'un super-antigène) qui s'accompagne d'une vasculite des artères de moyen calibre avec un risque de décès par anévrysme coronarien.

Cette affection survient presque exclusivement chez l'enfant avant 5 ans et surtout chez le nourrisson. Elle se manifeste par :

- une fièvre élevée, supérieure à 38,5°C, durant plus de 5 jours et ne répondant pas aux antibiotiques ;
- une conjonctivite congestive bilatérale avec œdème des paupières ;
- un énanthème des lèvres et de la muqueuse buccale avec langue framboisée, cheilite ;
- 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<sup>e</sup> semaine ;
- un érythème touchant principalement le tronc, survenant à la fin de la 1<sup>re</sup> semaine, variable, morbilliforme initialement puis scarlatiniforme avec quelques poussées évolutives pendant environ une semaine. Il existe parfois une atteinte prédominant sur le siège ;
- des adénopathies cervicales aiguës, non suppuratives, supérieures à 1,5 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 anévrysmes coronariens qui apparaissent entre la 2<sup>e</sup> et la 4<sup>e</sup> semaine, des troubles du rythme cardiaque et la possibilité de décès par myocardite, infarctus, embolie cérébrale. Une hospitalisation est indispensable pour surveillance évolutive et mise en route d'un traitement associant immunoglobulines intraveineuses et aspirine.

### Les érythèmes médicamenteux (toxidermies)

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 importants pour évoquer une toxidermie. L'existence d'un prurit doit également faire évoquer une cause médicamenteuse, de même que l'éosinophilie sanguine. Cette toxidermie peut être fébrile et une hyperthermie n'est pas spécifique d'un exanthème infectieux. Les médicaments les plus souvent en cause sont les antibiotiques et en particulier les bêta-lactamines, les sulfamides, les anticomitiaux et les anti-inflammatoires non stéroïdiens.

### CONCLUSION

Les érythèmes surviennent au cours d'affections très variées, infectieuses ou médicamenteuses. Le tableau peut être typique ou totalement non caractéristique. Si chez l'enfant, habituellement aucun bilan n'est indispensable, il est souvent préférable de réaliser chez l'adulte dans un premier temps une numération, des séro-diagnostic de MNI, syphilis, une antigénémie P24 et un bilan hépatique. Souvent bénins et transitoires, les érythèmes s'accompagnent parfois de signes généraux majeurs nécessitant une hospitalisation rapide pour prise en charge thérapeutique et surveillance évolutive.

### Points clés

Les diagnostics à ne pas manquer :

1. Syndrome de Kawasaki chez le nourrisson (urgence thérapeutique).
2. Primo-infection par le VIH chez l'adulte (urgence thérapeutique).
3. Syndrome de choc toxique staphylococcique (urgence thérapeutique).
4. Mononucléose infectieuse chez l'adolescent recevant une aminopénicilline (il n'est pas allergique aux pénicillines).



Fig. 1. Erythème roséoliforme (Rubéole).



Fig. 4. Mégalérythème : érythème morbilliforme « figuré » des jambes.



Fig. 2. Erythème morbilliforme (Fièvre boutonneuse méditerranéenne à R. Conorii).



Fig. 5. Scarlatine.



Fig. 3. Mégalérythème (Parvovirus B 19) aspect « souffleté » du visage.



Fig. 6. Erythème scarlatiniforme au cours d'un choc toxique staphylococcique.