



Éruptions cutanées en Pédiatrie...

Dr Amandine Stassen – Dr Julie Frère

Intervenants



Stassen
Amandine

Médecin
Généraliste



Frère
Julie

Pédiatre
Infectiologue

Objectifs...

- _ Mise en contexte par une ou deux questions
- _ Un peu de théorie mais tentative d'être pratico-pratique
- _ Discussion/questions de votre part



Enfant de 7 ans

Consulte pour lésions apparues il y a 3-4 jours

A l'examen clinique :

Apyrétique

Lésions localisées au visage uniquement

Pas de prurit

Pas de voyage

Pas d'animaux au domicile

Pas de notion de contagé



Vous diagnostiquez un IMPETIGO. Quel est le germe le plus souvent impliqué?

1. Staphylocoque epidermidis
2. Streptocoque du groupe A
3. Staphylocoque aureus
4. Escherichia coli
5. Salmonella spp



Vous diagnostiquez un IMPETIGO. Quel est le germe le plus souvent impliqué?

1. Staphylocoque epidermidis
2. Streptocoque du groupe A
3. **Staphylocoque aureus**
4. Escherichia coli
5. Salmonella spp



IMPÉTIGO

Infection cutanée **bactérienne la plus fréquente**

Pustulose intra-épidermique, fragile, flasque et fugace

Érosion recouverte d'une croûte mélicérique

Lésions souvent **multiples près d'un orifice naturel** (bouche, narine..) ou sur le scalp

Transmission **interhumaine directe manuportée, auto-inoculation** fréquente

Adénite de voisinage possible mais pas de fièvre

IMPETIGO - BACTÉRIOLOGIE



S. aureus 70-80%
Streptocoque de groupe A 20-30%
Combinaison *S.aureus* – SGA 10%

S. epidermidis 1,6%

E. coli 1%

Streptocoque de Groupe B 0,6%

Bactéries à Gram négatif

chez l'enfant – très rare

chez l'adulte – plus fréquent

ANECTODIQUE

Quel traitement propose-t-on?

1. Traitement local
2. Traitement systémique PO
3. Traitement systémique IV
4. Traitement local et systémique PO
5. Traitement local et systémique IV



Quel traitement propose-t-on?

1. Traitement local
2. Traitement systémique PO
3. Traitement systémique IV
4. **Traitement local et systémique PO**
5. Traitement local et systémique IV



Traiter de l'IMPETIGO

TRAITEMENT LOCAL en première intention

- _ SOINS à l'EAU et au SAVON :
 - _ savonnage décolle les bactéries
 - _ Rinçage élimine les bactéries
- _ Application de **MUPIROCINE** ou d'**ACIDE FUCIDIQUE** pour 5 JOURS

TRAITEMENT SYSTÉMIQUE en deuxième intention quand

- _ Atteinte tissu profond : **cellulite - echtyma**
- _ Atteinte générale : fièvre, altération état général
- _ >6 lésions séparées et disséminées – prudent avec lésions proches orifices buccal et nasal
- _ Extension rapide

Traiter de l'IMPETIGO

Dans tous les cas, des mesures d'hygiène élémentaires sont à appliquer : lavage fréquent des mains, ongles coupés courts, linge de toilette, vêtements et sous-vêtements à usage personnel.

Dans les formes récidivantes, il est conseillé de réaliser un prélèvement bactériologique au niveau des gîtes naturels de *S. aureus*, qui sont les orifices nasaires, le périnée, ainsi que l'ombilic chez le nouveau-né.

1^{er} CHOIX ANTIBIOTIQUE SYSTEMIQUE

1. AMOXICILLINE-CLAVULANATE
2. CEFADROXIL
3. CEFALEXINE
4. FLUCLOXACILLINE
5. AZITHROMYCINE
6. 1 – 2 – 4 sont corrects
7. 2 – 3 – 4 sont corrects

1^{er} CHOIX ANTIBIOTIQUE SYSTEMIQUE

1. AMOXICILLINE-CLAVULANATE

2. CEFADROXIL

3. CEFALEXINE

4. FLUCLOXACILLINE

5. AZITHROMYCINE

6. 1 – 2 – 4 sont corrects

7. **2 – 3 – 4 sont corrects**

– CEFADROXIL : 50 mg/kg/jour en 3 doses

– CEFALEXINE : 50 mg/kg/jour en 3 doses

– FLUCLOXACILLINE : **50-75 mg/kg/jour en 4 doses à jeun**



Que faire pour la collectivité...

- _ Exclusion du milieu d'accueil – de l'école
 - _ Le mode de transmission de la maladie
 - _ La survie de l'agent infectieux dans l'environnement
 - _ L'hygiène des locaux et des personnes
 - _ L'âge des enfants

→ **Impétigo important : éviction durant 24 heures après le début du traitement**

→ **Couvrir les lésions?**

→ **Selon localisation – enfant plus grand**



SANTÉ
EVINCER UN ENFANT MALADE DU MILIEU D'ACCUEIL ...



IMPETIGO BULLEUX...

PLUS FRÉQUENT chez les NOURRISSONS



IMPETIGO BULLEUX...



Pustulose néonatale

- _ Pustulose apparaissant 3-4 semaines de vie sur la face et dans le cou
- _ Lien avec la colonisation de la peau à *Malassezia furfur*
- _ Disparition spontanée
- _ Souvent confondu avec acné du nourrisson



Figure 1. Erythema and papulopustules on the face.

Rabenja Rapelanoro et al., 1996

Enfant de 7 ans

Consulte pour une lésion apparue il y a 7 jours

A l'examen clinique :

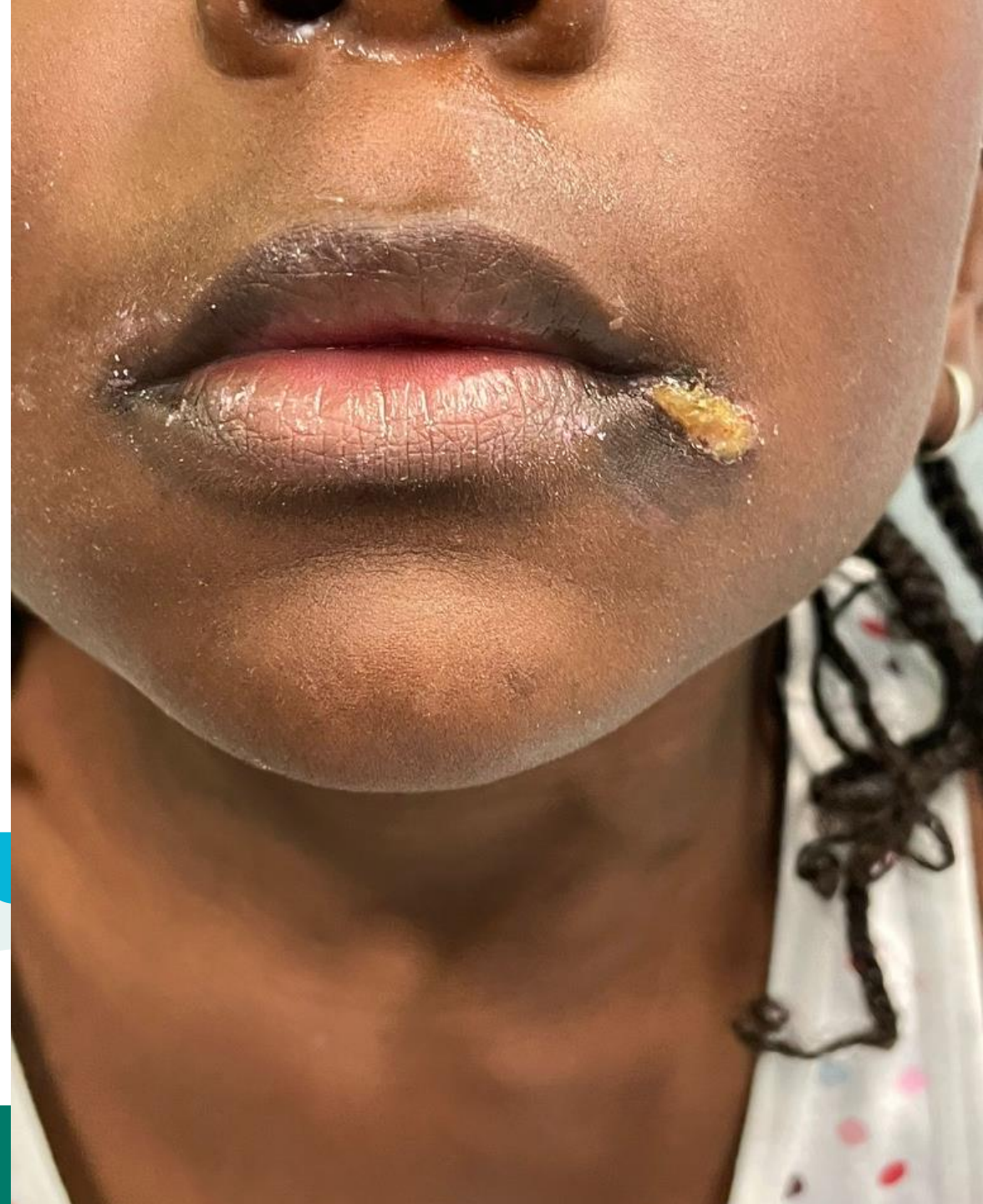
Apyrétique

Lésions localisées visage et membres

Voyage en République Démocratique du
Congo – retour il y a 3 jours

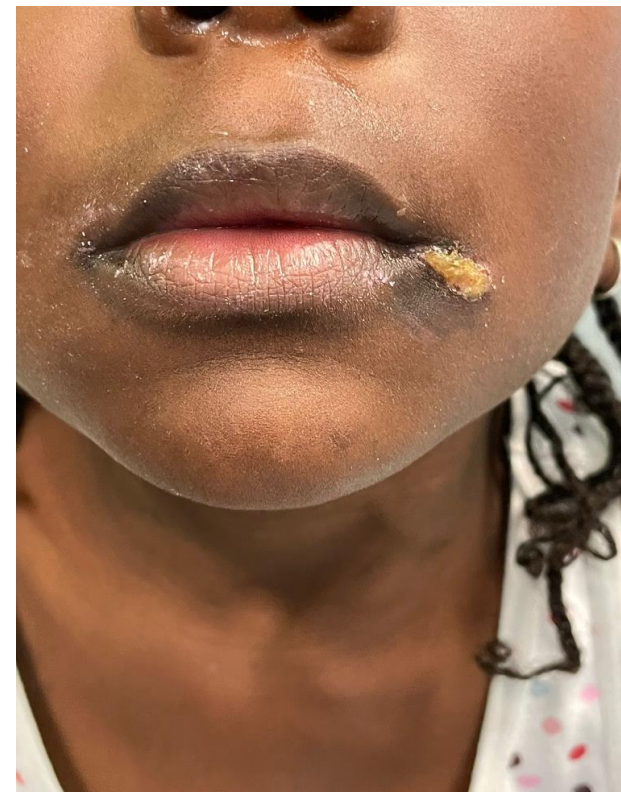
Pas d'animaux au domicile

Pas de notion de contagé



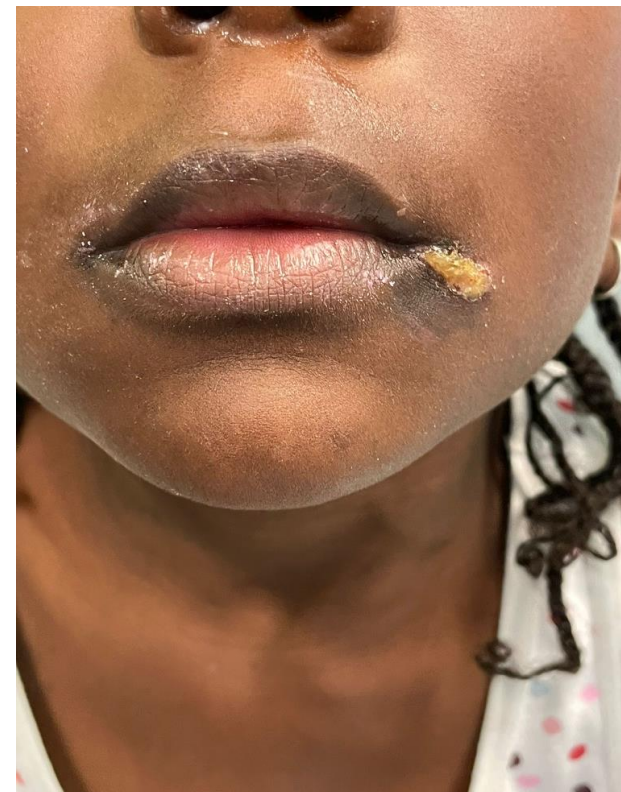
Changez-vous votre attitude en terme d'ATB oral?

1. OUI
2. NON
3. À argumenter...



Changez-vous votre attitude en terme d'ATB oral?

1. OUI
2. NON
3. À argumenter...



ARGUMENTONS...

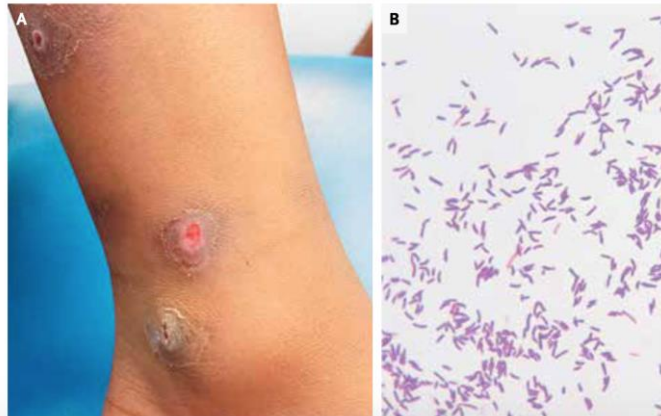
- _ SGA plus souvent impliqué dans lésions cutanées dans ces régions
- _ MRSA est plus prévalent que chez nous – prudence mais pas nécessaire en première intention
- _ Souvent au départ de piqûre d’insecte/moustique : fièvre? Malaria?
- _ Possibilité d’atteinte liée à des pathogènes moins fréquents chez nous : **FROTTIS**

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

IMAGES IN CLINICAL MEDICINE

Chana A. Sacks, M.D., Editor

Cutaneous Diphtheria



SGA - Scarlatine...

- _ Plus souvent en association avec une angine et non avec lésion cutanée
- _ Formes virulentes de S pyogenes (gènes qui codent pour des superantigènes - exotoxines pyrogènes),
- _ Au bout de 12 à 48 heures : éruption cutanée caractéristique
 - _ rouge et généralisée, en forme de tête d'épingle, donnant à la peau une texture de papier de verre
 - _ d'abord sur la poitrine et le ventre, puis s'étend rapidement à d'autres parties du corps.
 - _ Souvent joues rouges et pâleur autour de la bouche, et « langue de framboise »
 - _ L'éruption cutanée est souvent accentuée dans zone de flexion – lignes de Pastia



NHS

South West
London

Scarlet fever

On darker skin the rash can be more difficult to detect visually but will have a sandpaper feel

Scarlet fever

NHS

South West
London



SGA : prophylaxie?

- Exclusion collectivité pendant 24h après début antibiothérapie
- Scarlatine n'est pas considérée comme infection invasive → Pas de prophylaxie pour entourage proche sauf SI immunosuppression sévère
- Surveillance survenue symptômes

Prise en charge de l'entourage du patient (post-exposition)	
Prophylaxie	<ul style="list-style-type: none">- Toute personne ayant eu des contacts relativement rapprochés avec le cas index : vigilance accrue pendant 30 jours à partir du dernier contact avec le patient, surtout pendant la première semaine après le contact.- Contacts à haut risque (essentiellement ceux vivant sous le même toit) : antibioprophylaxie à administrer le plus rapidement possible après diagnostic du cas index
Mesures d'hygiène	Mesures d'hygiène applicables aux maladies à transmission respiratoire et cutanée directe .
Isolement	Eviter le contact entre le malade et les personnes à risque d'infection invasive.
Collectivité à risque	Une action de prévention au cas par cas peut être nécessaire si le cas est en milieu collectif (ex. : milieu scolaire, maison de repos, milieu d'accueil, internat, scoutisme, club de sport, etc.). Dans ce cadre, il est important de contacter l'inspecteur de la cellule de surveillance des maladies infectieuses
Prévention pré-exposition	
Mesures préventives générales	Mesures d'hygiène applicables aux maladies à transmission respiratoire et cutanée directe .

Enfant de 4 ans

- Safari recent au Kenya
- Piqûres de moustique
- Pas de fièvre – bon état général
- Extension modérée avec atteinte membre et cuir chevelu
- Aucun traitement entrepris actuellement
- Parent se présente car enfant se plaint de douleur modérée en crise de courte durée



Que faites-vous?

1. Vous prescrivez un traitement local et vous suivez
2. Vous empiguez un frottis pour bactériologie et de la néobacitracine, et, vous prescrivez un traitement local et vous suivez
3. Vous empiguez une pince et de la néobacitracine, et, vous prescrivez un traitement local et vous suivez
4. Vous empiguez un frottis pour bactériologie et de la néobacitracine, et, vous prescrivez un traitement local et systémique

Que faites-vous?

1. Vous prescrivez un traitement local et vous suivez
2. Vous emploignez un frottis pour bactériologie et de la néobacitracine, et, vous prescrivez un traitement local et vous suivez
3. **Vous emploignez une pince et de la néobacitracine, et, vous prescrivez un traitement local et vous suivez**
4. Vous emploignez un frottis pour bactériologie et de la néobacitracine, et, vous prescrivez un traitement local et systémique

MYASES

- _ Uniquement en Afrique.
- _ Œufs sont pondus sur le sol ou sur les vêtements (à l'ombre).
- _ Les larves creusent la peau.
- _ Furoncle douloureux.
- _ Élimination mécanique après étouffement avec de l'huile, de la vaseline, ...



Enfant de 15 mois

Vaccination Men ACYW et DTCa-IPV-HepB-Hib

Apyrexie – étate general conserve.

Que faites-vous?

1. Vous rassurez le parent, vous prescrivez des antidouleurs si besoin
2. Vous rassurez le parent, vous prescrivez des anti-inflammatoires d'office
3. Vous rassurez le parent, vous prescrivez des antidouleurs si besoin, vous prescrivez du cefadroxil
4. Vous rassurez le parent, vous prescrivez des antidouleurs si besoin, vous prescrivez de l'azithromycine



Enfant de 15 mois

1. Vous rassurez le parent, vous prescrivez des antidouleurs si besoin
2. Vous rassurez le parent, vous prescrivez des anti-inflammatoires d'office
3. Vous rassurez le parent, vous prescrivez des antidouleurs si besoin, vous prescrivez du cefadroxil
4. Vous rassurez le parent, vous prescrivez des antidouleurs si besoin, vous prescrivez de l'azithromycine





Pas autre attitude à envisager !

Enfant de 3 ans

Consulte une 2^{ème} fois pour récurrence de lésions au niveau des mains
Amélioration sous traitement local antibiotique puis récurrence

A l'examen clinique :

Apyrétique

Lésions localisées au niveau de la main

Bon état général

Pas de voyage - Pas d'animaux au domicile

Pas de notion de contagion - Fréquente la crèche



Enfant de 3 ans – Idée de diagnostic

1. Impetigo – réinfection à la crèche
2. Impetigo à MRSA
3. Infection à entérovirus
4. Infection à herpesvirus



Enfant de 3 ans – Idée de diagnostic

1. Impetigo – réinfection à la crèche
2. Impetigo à MRSA
3. Infection à entérovirus
4. **Infection à herpesvirus**



Herpetic
Whitlow...

Would you
prescribe antiviral
drug?





Cutaneous herpetic infection



No indication for acute lesion/episode

Symptomatic treatment : pain killers

Topical Antibiotic if bacterial superinfection suspected

Suppressive therapy to avoid recurrences (>6/year) with important functional impact ?

In otherwise healthy child or adolescent, is ACV effective to reduce recurrence of episodes?

Does oral antiviral suppressive therapy prevent recurrent herpes labialis in children?



Clinical bottom lines

- ▶ Oral long-term suppressive therapy with acyclovir or valacyclovir reduces the frequency, severity and duration of episodes in adults with recurrent herpes labialis (RHL) (grade B).

Effect in Adults : frequency, severity, duration
Few data in Pediatrics

- ▶ The optimal indication to start, choice of antiviral, as well as dosage and duration of long-term antiviral therapy is unknown.

Retrospective study - Four adolescents

VCV 500mg daily for 4 months

Number of HL episodes per year
Before treatment : mean 6.75
After treatment : mean 1.75

Ruiz-Villedera 2009



(Val)Aciclovir and HSV : How?

— Recurrent HL or whitlow

- Long term suppressive treatment (4 to 6 months)
 - ACV : 20 mg/kg/dose (max 400mg) 2x/day
 - Val-ACV (cp): 20mg/kg (max 500mg) once daily
- Treatment of recurrence (5 days)
 - ACV : 20 mg/kg/dose 4x/day
 - Val ACV: 20 mg/kg/dose 2x/day

Kechagia PIDJ 2015 - Kimberlin CID 2010 - Bradley Nelson AAP 2018

Varicelle ou Pied-Main-Bouche?

A. Varicelle

B. Pied-Main-Bouche



1. A-C et B-D
2. A-D et B-C
3. Deux photos de varicelle
4. Deux photos de PMB

Varicelle ou Pied-Main-Bouche?

A. Varicelle

B. Pied-Main-Bouche



1. A-C et B-D

2. **A-D et B-C**

3. Deux photos de varicelle

4. Deux photos de PMB

Pied-Main-Bouche



TOUJOURS besoin d'une anamnèse... et d'un EXAMEN CLINIQUE COMPLET

Histoire de PMB à la crèche

Atteinte uniquement mains, pieds et bouche

Bon état général

MALADIE "MAINS-PIEDS-BOUCHE"



Virus coxsackie A 16, A6 et autres entérovirus



INCUBATION: 3 à 6 jours



Printemps, été et automne



Âge préscolaire et scolaire



CONTAGIOSITÉ: pendant les 7 jours suivant le début du rash



ÉVICTION SCOLAIRE au besoin (selon état clinique)



- Bon état général
- Pas ou peu de fièvre
- Dysphagie, anorexie



Conjonctives normales



SIGNE PARTICULIER. Distribution des lésions



NE PAS CONFONDRE AVEC : varicelle, stomatite herpétique, herpès



ÉVOLUTION. Guérison spontanée en près d'une semaine



COMPLICATIONS: déshydratation, myocardite, méningo-encéphalite (entérovirus 71), onychomadèse (coxsackie A6)



FACTEURS DE RISQUE : déficit immunitaire, infection à entérovirus 71



RISQUE EMBRYO-FÉTAL négligeable



ÉRUPTION VÉSICULEUSE



- Vésicules à contenu clair ou citrin cernées d'un liseré rouge ou maculo-papules situées au niveau des mains et des pieds
- Lésions maculo-papuleuses au niveau des fesses et sur le haut des cuisses
- Parfois éléments papulo-vésiculeux au niveau du tronc et des membres
- Chez la fille, présence possible de lésions vésiculeuses au niveau des régions inguinales et vulvo-périnéale
- Lésions aphteuses au niveau des muqueuses buccales et sur les lèvres
- Pas d'atteinte des muqueuses conjonctivales



TRAITEMENT symptomatique



PRÉVENTION. Informer et rassurer. Conseils d'hygiène

Varicelle – que dire à la maman qui s'inquiète pour la sœur de 21 jours?



Open access

Review

BMJ
Paediatrics
Open

Management of varicella in neonates and infants

Sophie Blumental, Philippe Lepage

Sophie Blumental, Philippe Lepage

_ La mère est prouvée séropositive :

Risque très faible d'atteinte chez le nouveau-né.

Aucun traitement.

Observer le nouveau-né à la maison et encourager les parents à revenir en cas de signe clinique **dans les deux semaines suivant le contact.**

_ La mère est séronégative ou refuse le test :

Traitez le nouveau-né avec Aciclovir PO 80 mg/kg/jour en 4 doses, **à commencer 7 jours après** le contact infectieux et à administrer pendant 7 jours.

Surveillez attentivement le bébé pendant la période à risque.

Hospitalisation? discutée au cas par cas

< 1-month old - VZV

Mother : confirmed medical history of varicella

Low risk of severe disease.

Oral ACV 20mg/kg/dose QID for 7 days

Hospitalisation according to clinical presentation and social setting

Mother : no history or status unknown

Mandatory hospitalisation

ACV for a minimum of 7 days

- Moderate to severe cases : Start with IV 10mg/kg/dose TID switch to PO as soon as improvement
- Mild cases : Direct oral 20mg/kg/dose QID

Quelle(s) mesure(s) prendre pour la famille/collectivité?

1. Éviction de la collectivité/l'école pendant 5 jours
2. Éviction de la collectivité/l'école pendant 5 jours, et, attention portée aux contacts avec les personnes âgées – grands-parents
3. Éviction de la collectivité/l'école pendant 5 jours, et, attention portée aux contacts avec les femmes enceintes
4. Aucune mesure



Quelle(s) mesure(s) prendre pour la famille/collectivité?

1. Éviction de la collectivité/l'école pendant 5 jours
2. Éviction de la collectivité/l'école pendant 5 jours, et, attention portée aux contacts avec les personnes âgées – grands-parents
3. Éviction de la collectivité/l'école pendant 5 jours, et, attention portée aux contacts avec les femmes enceintes
4. **Aucune mesure**



Parvovirus B19

- _ Contagiosité 1-5 jours avant l'apparition de l'éruption
- _ Éruption sur les joues, puis symétrique sur avant-bras et cuisses
- _ Complications : ATTENTION HÉMOGLOBINOPATHIE - drépanocytose



INDEX

CINQUIÈME MALADIE

Parvovirus B19

INCUBATION: de 4 à 21 jours

Fin de l'hiver 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 (adolescents, jeunes adultes)

Conjonctives normales

SIGNE PARTICULIER. Rash réticulé

NE PAS CONFONDRE AVEC: éruption 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 RISQUE : hémoglobinopathies, anémies héréditaires ou acquises, déficits immunitaires

RISQUE EMBRYO-FŒTAL faible risque d'anasarque fœto-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
- Éruption avivée par la pression, la chaleur et le soleil
- Évolution 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

Syndrome de Gianotti-Crosti

- _ Eruption paravirale, due à une réponse de l'hôte à la présence du virus au niveau cutané
- _ Durée de 10 jours à plusieurs semaines
- _ Lésions papuleuses planes, érythémateuses ou couleur chaire, distribution symétrique (joues, fesses, face extension memebres)
- _ Hépatie A, B, C, famille de l'herpes (EBV, CMV, HHV-6), entérovirus, adénovirus,



MALADIE/SYNDROME DE GIANOTTI-CROSTI



Virus Epstein-Barr, virus coxsackie et autres virus



INCUBATION: durée variable selon étiologie



Toutes saisons



Âge préscolaire



CONTAGIOSITÉ: selon agent causal et susceptibilité individuelle



ÉVICTION SCOLAIRE indiquée ou non selon contexte clinique

Généralement

- Bon état général
- Pas ou peu de fièvre
- Pas ou peu de prurit



Conjonctives normales



SIGNE PARTICULIER. Distribution des lésions (joues, coudes et genoux)



NE PAS CONFONDRE AVEC : varicelle, urticaire, rash à l'amoxicilline, dermatite de contact, eczéma, gale



ÉVOLUTION. Guérison spontanée en 2 à 4 semaines



COMPLICATIONS: maladie bénigne sous sa forme commune de cause indéterminée



FACTEURS DE RISQUE : dépendant de l'agent causal



RISQUE EMBRYO-FŒTAL négligeable



ÉRUPTION PAPULEUSE



- Papules rosées ou rouges, parfois purpuriques, de petites tailles, situées classiquement sur les joues, les coudes et les genoux
- Parfois, larges placards rouges et surélevés par confluence des lésions
- Chez l'enfant, éruption souvent généralisée avec lésions clairsemées sur le tronc et les membres (syndrome de Gianotti-Crosti)
- Guérison sans cicatrices
- Pas de lésions muqueuses



TRAITEMENT symptomatique



PRÉVENTION. Informer et rassurer

Rougeole

La multiplication par 30 du nombre de cas de rougeole en 2023 dans la Région européenne de l'OMS justifie la prise de mesures urgentes

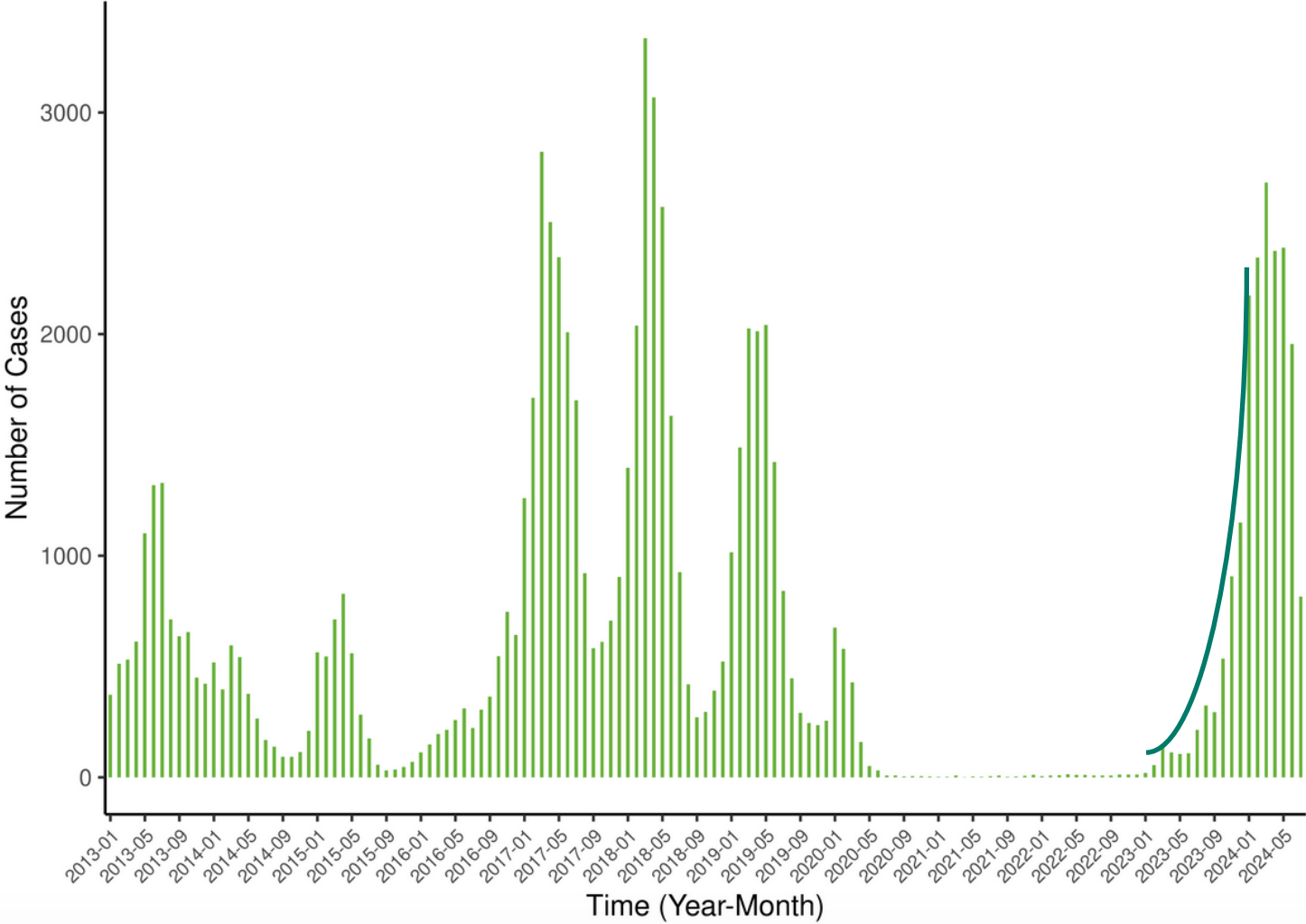
14 décembre 2023 | Communiqué de presse | Reading time: 3 min (886 words)

La Région européenne de l'OMS subit une hausse alarmante des cas de rougeole. Plus de 30 000 cas de rougeole ont en effet été signalés par 40 des 53 États membres de la Région entre janvier et octobre 2023. Par rapport aux 941 cas

ÉRUPTION ROUGEOLEUSE



Figure 2. Number of measles cases by month and year, EU/EEA, 1 January 2013 to 31 July 2024



1^{er} Août 2023 – 31 Juillet 2024 : Total : 17949 cas – 13871 confirmés

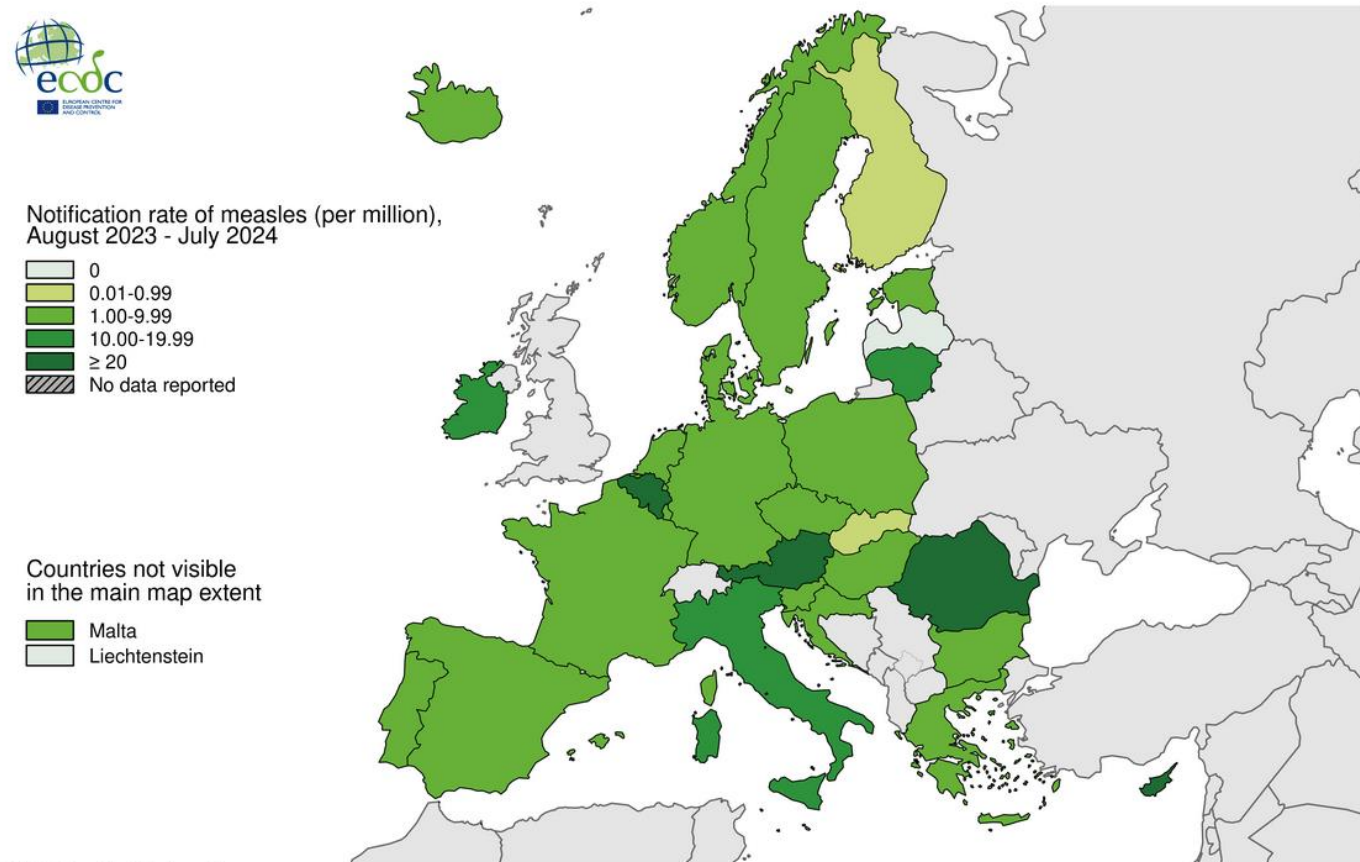
Nombre les plus élevés de cas : Roumanie 14086 - Italie 845 - Belgique 576

Prévalence >39.5/10⁶ habitants → Roumanie, Autriche, Belgique

13 Décès

44.5% < 5ans

Taux de notification le plus élevé < 1an



Administration boundaries: © EuroGeographics
The boundaries and names shown on this map do not imply official endorsement or acceptance by the European Union. ECDC. Map produced on 27 August 2024.

Quel est votre diagnostic?

Quelle est la caractéristique des lésions?



Diagnostic?

→ ÉRYTHÈME POLYMORPHE

Quelle est la caractéristique des lésions?

Lésions fixes

Lésions érythémateuses maculo-papuleuses

Centre devient purpurique voire bulleux

Premier anneau rouge sombre

Deuxième anneau blanchâtre, oedémateux, microvésiculeux



Lésion élémentaire : **cocarde**

3 cercles concentriques avec bulle centrale

formes atypiques très inflammatoires ou très bulleuses, à prédominance muqueuse, ou récurrentes possibles



Quels éléments différencient la forme mineure de la forme majeure?

- A. Étiologie principale : infection versus médicament?
- B. Atteinte systémique versus absence?
- C. Atteinte des muqueuse de la bouche versus toutes les muqueuses?
- D. A, B et C sont Vrais
- E. A, B et C sont Faux – c'est la proportion de surface cutanée atteinte qui fait la différence

Quels éléments différencient la forme mineure de la forme majeure?

- A. Étiologie principale : infection versus médicament?
- B. Atteinte systémique versus absence?
- C. Atteinte des muqueuse de la bouche versus toutes les muqueuses?
- D. **A, B et C sont Vrais**
- E. A, B et C sont Faux – c'est la proportion de surface cutanée atteinte qui fait la différence



Érythème polymorphe mineur

- _ Étiologie infectieuse (>75% des cas)
- _ Pas ou peu d'atteinte de l'état général
- _ Parfois atteinte de la muqueuse buccale
- _ Évolution favorable

Érythème polymorphe majeur

- _ Étiologie médicamenteuse (60-90% des cas)
- _ Atteinte systémique
- _ Atteinte des muqueuses (60-90% des cas)
 - _ Bouche
 - _ Nez
 - _ Oropharynx
 - _ Yeux
 - _ Organes génitaux
 - _ Anus
- _ « Grand brûlé » - hydro-électrolytique, analgésie
- _ Complications : 20-40% sont ophtalmologiques

SYNDROME DE STEVENS-JOHNSON



Médicaments (sulfamides, pénicillines, etc.), agents infectieux (mycoplasma pneumoniae, entérovirus, etc.). Souvent cause non identifiée



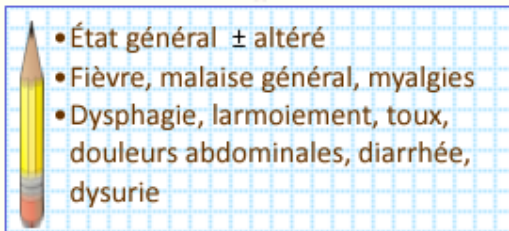
Toutes saisons



Tous âges



ÉVICTION SCOLAIRE jusqu'au rétablissement de l'enfant



- État général \pm altéré
- Fièvre, malaise général, myalgies
- Dysphagie, larmoiement, toux, douleurs abdominales, diarrhée, dysurie



Yeux rouges et larmoyants



SIGNE PARTICULIER. Atteinte muqueuse pluri-orificielle



NE PAS CONFONDRE AVEC : choc toxique, maladie de Kawasaki, érythrodermie bulleuse staphylococcique



ÉRYTHÈME VÉSICULO-BULLEUX



- Éruption maculo-papuleuse ou érythémateuse avec éléments vésiculo-bulleux, exfoliation cutanée (signe de Nikolsky), placards rouge vif, suintants et croûteux.
- Oedème palpébral, hyperhémie et hémorragies conjonctivales, ulcérations cornéennes.
- Hyperhémie, œdème, ulcérations douloureuses des lèvres, de la bouche et des narines; lésions bulleuses et dépôts membraneux à la face interne des joues.
- Vulvite ou balanite, urétrite et anite érythémateuses ou vésiculo-érosives

ÉVOLUTION.

Guérison habituelle en 1 à 2 semaines



COMPLICATIONS: kératite, uvéite, pyodermie, pneumonie, septicémie, déshydratation, néphrite



TRAITEMENT

Forme bénigne: traitement symptomatique
Forme sévère (altération de l'état général, lésions cutanées étendues, atteinte muqueuse importante): prise en charge multidisciplinaire (pédiatre, infectiologue, ophtalmologue, dermatologue)



Différent de l'urticaire multiforme...



URTICAIRE



Virus, aliments, médicaments, etc.



Toutes saisons



Tous âges



ÉVICTION SCOLAIRE indiquée ou non selon état clinique

- État général plutôt bon
- Fièvre présente ou non
- Prurit
- Gonflement des paupières, lèvres, oreilles, organes génitaux externes, mains et pieds
- Arthralgies, arthrite



Conjonctives normales ou œdème conjonctival gélatineux



SIGNE PARTICULIER. Évolution à éclipses, dermographisme



NE PAS CONFONDRE AVEC : rash à l'amoxicilline, syndrome néphrotique



ÉVOLUTION. disparition en quelques jours, parfois en quelques semaines ou quelques mois; récives possibles



PRINCIPALES COMPLICATIONS: œdème laryngé, bronchospasme, choc anaphylactique



FACTEURS DE RISQUE : antécédents d'urticaire grave, asthme



ÉRUPTION MACULO-PAPULEUSE



- Urticaire commune: papules rosées reposant sur des placards érythémateux; à la pression, effacement de l'érythème et blanchiment ou teinte jaunâtre de l'élément papuleux; variation parfois rapide du nombre, du siège et de l'aspect des lésions; dermographisme entre deux poussées évolutives
- Urticaire géante ou annulaire: anneaux rouges entourant une zone claire, rouge ou bleuâtre; anneaux fixes de différentes tailles, de disposition parfois symétrique, isolées et clairsemés ou regroupés
- Parfois œdème des muqueuses respiratoires (toux, stridor, dyspnée), digestives (douleurs abdominales, vomissements, diarrhée, rectorragies) et conjonctivales (gonflement gélatineux des conjonctives bulbaires); habituellement conjonctives d'aspect normal



TRAITEMENT symptomatique
PRÉVENTION.



Éviter le facteur provoquant.
Après forme sévère, adrénaline injectable à portée de main en tout temps



Miami – lésion prurigineuse

Qui a-t-il croisé sur la plage?

- a. Un singe
- b. Un chien
- c. Un moustique
- d. Un cheval



Miami – lésion prurigineuse

Qui a-t-il croisé sur la plage?

- a. Un singe
- b. Un chien**
- c. Un moustique
- d. Un cheval



Cutaneous Larva migrans

Larve d'ankylostome (parasite du chat et du chien)

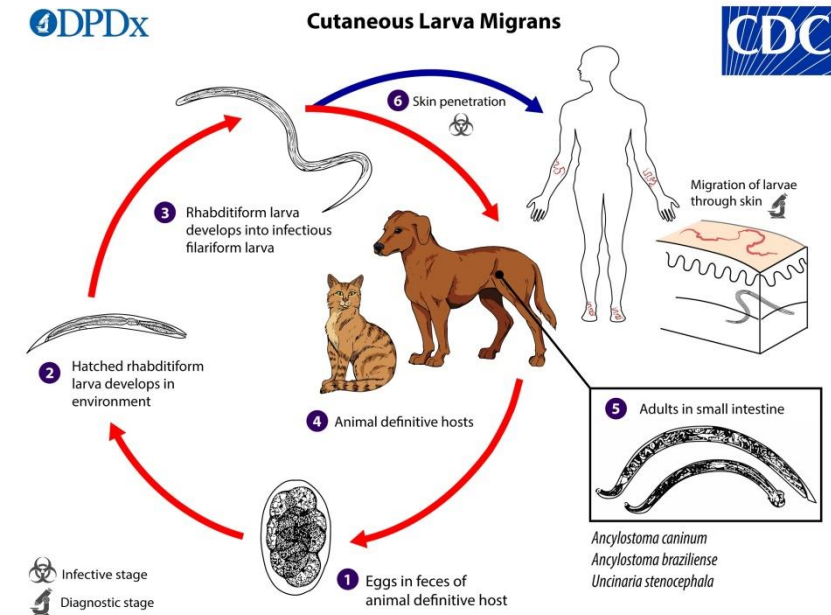
Ancylostoma braziliense et *Ancylostoma caninum*

Œufs dans déjections → évolution dans environnement

→ Larve infectante → pénétration de la peau

Éruption érythémateuse, très prurigineuse, serpentigineuse (avancée de mm voir 1 cm/jour)

Atteinte spontanément résolutive



Cutaneous Larva migrans

Diagnostic clinique

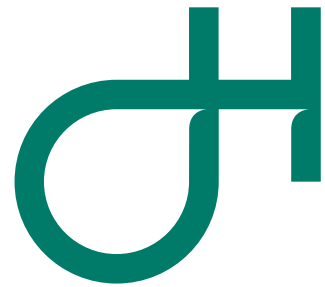
Evolution spontanée : traitement non indispensable

Albendazole 400mg PO 1x/jour pendant 3 jours

Ivermectin 200µg/kg PO 1x/jour pendant 1-2 jours

Eviction des sols humides à pieds nus (plages)





Citadelle Hopital

<https://www.urgencehsj.ca/wp-content/uploads/EruptionsPurpuras.pdf>

<https://www.excellencis-one.be/client/module-previous>



Citadelle Hopital

Merci pour votre attention !