

Docteur, mon enfant a des boutons...



Dr Caroline GENIN
CHC Montegnée
26 octobre 2017



Les 7 diagnostics à ne pas rater





Purpura fulminans

- Neisseria meningitidis > Streptococcus pyogenes- pneumoniae, BGN
- Tous âges (< 5 ans +++)
- Toutes saisons
- Incubation 1-10 j, contagiosité > 24 h antibiothérapie

- Tableau septicémique
 - Fièvre élevée, frissons
 - Irritabilité, prostration, adynamie
 - Céphalées
 - Douleurs abdominales, vomissements
 - Arthralgies, myalgies
 - Aspect “toxique”
- Purpura fulminans
 - Purpura extensif, pâleur, cyanose, extrémités froides, collapsus, choc, coma, décès



Purpura fulminans

- Eruption purpurique
 - Généralisation très rapide => lésions bulleuses, placards nécrotiques
 - Hémorragies muqueuses



Purpura fulminans

 TOUT PURPURA FEBRILE EST A PRIORI UNE URGENCE VITALE





Purpura fulminans

- Traitement
 - Antibiothérapie IV URGENTE
 - Ceftriaxone 100 mg/kg ou céfotaxime 50 mg/kg
 - R/ symptomatique
 - Hospitalisation en réanimation pédiatrique
- Antibioprophylaxie entourage familial et scolaire immédiat et contacts étroits
 - > 4h/j, > 5 j durant semaine précédente (! collectivités)
 - Dose unique
 - Ciprofloxacine PO 15 mg/kg (maximum 500 mg)
 - Si CI usage quinolones (allergie, femme enceinte ou allaitante)
 - Azithromycine PO 10 mg/kg (maximum 500 mg)
 - Ceftriaxone IM 125 mg < 12 ans, 250 mg > 12 ans



Purpura fulminans

- Complications
 - Méningite
 - CIVD
 - Nécroses cutanées
 - Gangrène extrémités
 - Pneumonie
 - Péricardite
 - Décès



Epidermolyse aiguë staphylococcique

- Staphylococcal scalded skin syndrome (SSSS)
- Staphylococcus aureus, producteur d'exfoliatine A et/ou B
- Nouveau-né, enfant d'âge préscolaire
- Fièvre
- Etat général variable
- Foyer infectieux localisé (ORL, cutané, ombilical, ophtalmique..., ! abcès mammaire en période néonatale)



Epidermolyse aiguë staphylococcique

- APPARITION BRUTALE ET EXTENSION RAPIDE
- ERYTHRODERMIE DOULOUREUSE (plis +++)
- Érosions et débris croûteux autour orifices (bouche +++)
- Décollement variable (signe de Nikolsky)
- Phlyctènes à paroi flasque et fragile => larges décollements cutanés
- Desquamation +++
- Epargne muqueuses



Epidermolyse aiguë staphylococcique

- Diagnostic
 - Prélèvements bactériologiques
 - Sites d'infection > zones bulleuses ou dénudées
- Traitement
 - Symptomatique
 - Antibiothérapie IV initiale avec relais oral
 - Oxacilline 10 j
 - Si allergie pénicilline: clindamycine 10 j
- Guérison rapide, sous antibiothérapie
- Complications exceptionnelles si R/ adéquat

Fasciite nécrosante

- Gram (+) et (-), anaérobies
- Facteurs de risque
 - Nouveau-né
 - Omphalite, mastite, balanite, complication postopératoire
 - Enfant
 - Varicelle (AINS +++)
- Paroi abdominale et thorax +++



Fasciite nécrosante



- DOULEUR +++
- Oedème cutané, érythème variable => (phlyctènes), purpura et lésions nécrotiques
 - Hypo- ou anesthésie en regard phlyctènes ou purpura
 - EVOLUTION DE MINUTE EN MINUTE
- CHOC TOXIQUE



Fasciite nécrosante

- Traitement
 - Débridement chirurgical URGENT
 - Antibiothérapie IV 10 j
 - Amoxicilline- acide clavulanique + clindamycine
 - Si MRSA et/ou allergie pénicilline: vancomycine + clindamycine
 - IgG IV
- Décès 25%



Syndrome de choc toxique

- Toxic shock syndrome (TSS)
- Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes (B-C), producteurs de toxines => activation disproportionnée système immunitaire
- Etiologies
 - Infection vaginale (tampons +++)
 - Infection cutanée (surinfection bactérienne varicelle, brûlure...)
 - Infection site opératoire
 - Infection ORL...



Syndrome de choc toxique



- Choc toxique staphylococcique
 - Critères diagnostiques CDC Atlanta
 - Cas confirmé = présence 6 critères
 - Cas probable = présence 5 critères
 - Fièvre > 38°9C
 - Erythème maculeux diffus
 - Desquamation paume mains et plante pieds, après 1-2 semaines
 - Hypotension artérielle: TAS < P5, hypotension orthostatique
 - Atteinte systémique (≥ 3)
 - Gastro-intestinale: vomissements ou diarrhée
 - Musculaire: myalgies sévères ou ↑x 5 CPK
 - Muqueuse: vaginite, pharyngite ou conjonctivite
 - Rénale: ↑x 2 urémie ou créatininémie
 - Hépatique: ↑x 2 bilirubine totale, SGOT, SGPT
 - Hématologique: PS < 100000/mm3
 - Neurologique: désorientation ou altération conscience sans focalisation
 - Exclusion fièvre pourprée des montagnes Rocheuses, leptospirose, rougeole

Syndrome de choc toxique

- Choc toxique streptococcique

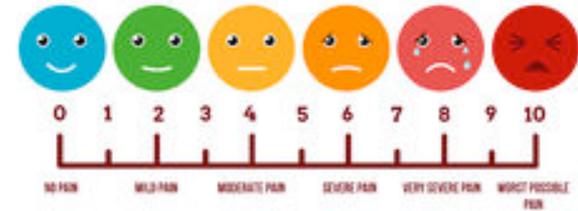


- DOULEUR CUTANEE +++

- Critères diagnostiques CDC Atlanta

- Cas confirmé ou probable si

- Isolement Streptococcus pyogenes d'un milieu stérile ou non stérile
- Signes cliniques de sévérité
 - Hypotension artérielle: TAS < P5
 - ≥ 2 des signes suivants
 - Insuffisance rénale: $\uparrow \times 2$ urémie ou créatininémie
 - Hépatique: $\uparrow \times 2$ bilirubine totale, SGOT, SGPT
 - Hématologique: PS < 100000/mm³ ou CIVD
 - Syndrome de détresse respiratoire
 - Érythrodermie diffuse +/- desquamation
 - Nécrose tissus mous (fasciite nécrosante, myosite, gangrène)



Syndrome de choc toxique

- Diagnostic
 - Clinique
 - Biologique
 - Prélèvements bactériologiques
 - Hémocultures (10 vs 50%)
 - Foyer infectieux
- Traitement
 - R/ choc
 - Drainage chirurgical
 - Antibiothérapie IV 10-14 j
 - Oxacilline + clindamycine
 - Si MRSA et/ou allergie pénicilline: vancomycine + clindamycine
 - IgG IV si échec R/ précédents et évolution rapide



Syndrome de choc toxique

- Complications
 - Syndrome de détresse respiratoire aiguë, oedème pulmonaire, insuffisance respiratoire
 - Cardiomyopathie
 - Neuropathie périphérique
 - Insuffisance rénale aiguë
 - Nécrose tissulaire
 - Décès 5-30%



Maladie de Kawasaki

- Syndrome lympho-cutanéomuqueux
- Origine ?
- Enfant d'âge préscolaire (85% < 5 ans), garçon > fille
- Toutes saisons
- Incubation ?, contagiosité faible



Maladie de Kawasaki

- Vascularite généralisée aiguë et limitée dans temps (artères coronaires +++)



FIEVRE ELEVEE > 5 J (irritabilité) + \geq 4/5 signes cliniques suivants

- Conjunctivite bilatérale
- Hyperhémie muqueuses buccale et pharyngée, fissuration lèvres ou langue framboise
- Atteinte extrémités: oedème face dorsale mains et pieds ou hyperhémie palmoplantaire, desquamation à point de départ périunguéal > 2-3 semaines
- Eruption cutanée centripète, maculo-papuleuse, urticarienne ou scarlatiniforme (régions inguinale et périnéale)
- Adénopathie cervicale > 1,5 cms, souvent unilatérale

Maladie de Kawasaki



A



C

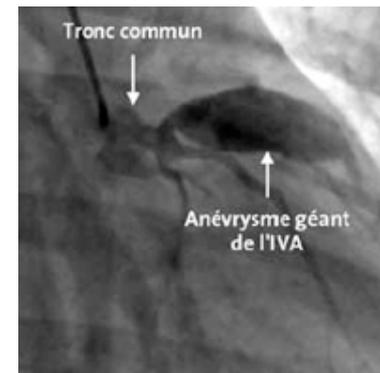


E



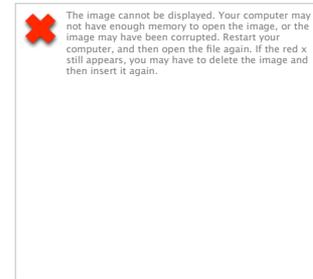
Maladie de Kawasaki

- Diagnostic
 - ↑CRP-VS
 - Anémie normochrome normocytaire, hyperleucocytose neutrophilique, thrombocytose > 2-3 semaines
 - Hypoalbuminémie, hyponatrémie
 - ↑transaminases hépatiques
 - Pyurie aseptique
 - Pléiocytose monocytaire
 - ↑TG- LDL-cholestérol
 - ECG, échocardiographie
 - Examen ophtalmologique



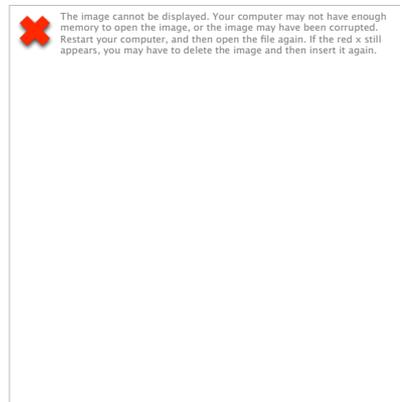
Maladie de Kawasaki

- Traitement
 - IgG IV 2 g/kg, idéalement < 7-10 j fièvre
 - AAS
 - Doses anti-inflammatoires durant phase aiguë
 - Doses antiplaquettaires après 24-48 h apyrexie
 - Arrêt si varicelle, infection à influenza
 - Minimum 2 mois
- Suivi
 - Cardiologique minimum 3 mois
 - Limitation activité physique minimum 2 mois
 - Vaccins vivants > 11 mois après IgG IV



Maladie de Kawasaki

- Guérison complète le plus souvent, parfois, séquelles cardiaques
- Complications
 - Facteurs de risque: origine Asiatique, sexe masculin, âge < 1 an, fièvre > 10 j, anémie, hypoalbuminémie
 - Anévrismes coronariens
 - Infarctus myocarde
 - Décès 0,3%



Syndrome de Stevens-Johnson

- Origine médicamenteuse (sulfamides, pénicillines, AINS, antiépileptiques...), virale (entérovirus...), bactérienne (*Mycoplasma pneumoniae*...), idiopathique
- Tous âges
- Toutes saisons
- Fièvre
- Myalgies
- Dysphagie, toux
- Douleurs abdominales, diarrhée
- Larmoiement
- Dysurie



Syndrome de Stevens-Johnson

- Erythème vésiculo-bulleux
 - Eruption maculo-papuleuse ou érythémateuse avec lésions vésiculo-bulleuses, exfoliation cutanée (signe de Nikolsky), placards rouge vif, suintants et croûteux
 - **ATTEINTE MUQUEUSE PLURI-ORIFICIELLE**
 - Oedème palpébral, hyperhémie et hémorragies conjonctivales, ulcérations cornéennes
 - Hyperhémie, oedème, ulcérations douloureuses lèvres, bouche et narines, lésions bulleuses et dépôts membraneux face interne joues
 - Vulvite ou balanite, urétrite et anite érythémateuses ou vésiculo-érosives



Syndrome de Stevens-Johnson

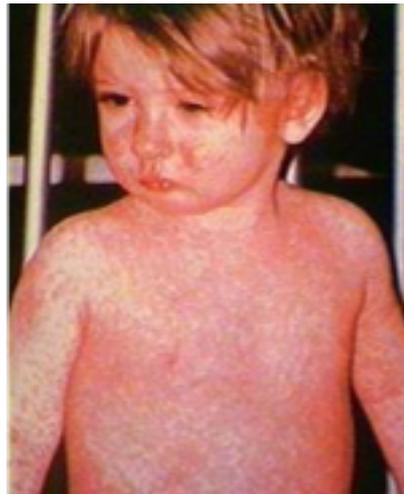
- Traitement
 - Symptomatique
 - Antibiothérapie si infection bactérienne prouvée
 - (Corticothérapie)
 - IgG IV
- Guérison habituelle en 1-2 semaines
- Complications
 - Kératite, uvéite
 - Pyodermie
 - Pneumonie
 - Néphrite
 - Déshydratation
 - Septicémie
 - Décès 5-10%



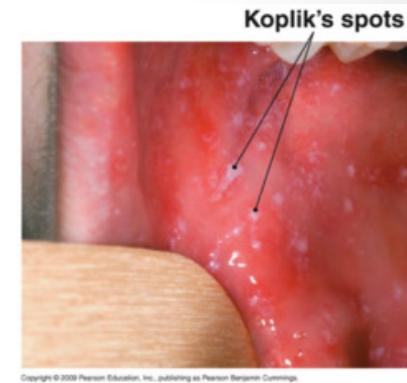
Rougeole

- Paramyxovirus
- Nourrisson et adolescent
- Printemps +++
- Incubation 10 j, contagiosité 5 j < éruption > 5 j

- Fièvre élevée
- Etat général altéré
- Toux +++
- Catarrhe oculo-nasal
- Faciès “rougeoleux”
- Polyadénopathies



Rougeole



SIGNE DE KOPLICK

- Dépôts blanchâtres sur muqueuse hyperhémée
 - Face interne joues
-
- Eruption
 - Maculo-papuleuse avec intervalles de peau saine, non prurigineuse
 - Visage (rétro-auriculaire) => extension au reste du corps

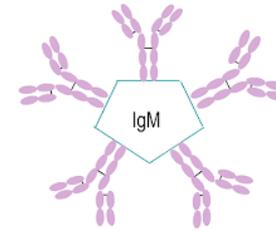


Rougeole

- Maladie à déclaration obligatoire
 - 071/205105
 - surveillance.sante@aviq.be
 - MATRA



Rougeole



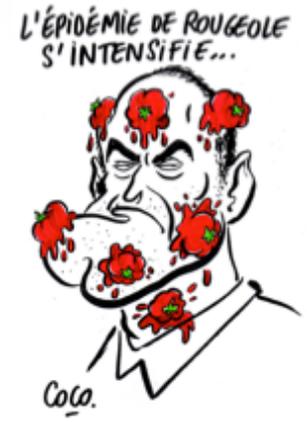
- Diagnostic
 - Sérologie sur prélèvement de sang
 - IgM spécifiques
 - \uparrow x 4 IgG spécifiques, à 2 semaines d'intervalle
 - Détection des IgM salivaires
 - Vaccination ROR > 2 mois
 - Apparition dans salive +/- simultanée à celle dans sang
 - Sensibilité 91%, spécificité 95%
 - Examen non invasif: prélèvement de salive avec écouvillon en mousse passé le long des gencives
 - RT-PCR +/- génotypage salivaire

Rougeole

- R/ symptomatique, (vitamine A)
- Guérison habituelle en 10 j
- Complications +++
 - Facteurs de risque: < 1 an, déficits immunitaires, malnutrition, grossesse
 - Otite, mastoïdite, laryngo-trachéo-bronchite, pneumonie
 - Diarrhée
 - Convulsions, encéphalite, panencéphalite sclérosante subaiguë
 - Décès 1-3/1000 (< 5 ans +++)
 - Risque embryo-foetal faible



Rougeole



- Mesures autour d'un cas
 - Vérification et mise à jour du calendrier vaccinal des sujets "contacts" dans les 72 h
 - Nourrissons de 9 à 12 mois non vaccinés: vaccin trivalent (! schéma vaccinal complet à 2 doses > 12 mois)
 - 2ième dose vaccinale chez professionnels de la santé ayant reçu 1 seule dose?
 - IgG polyvalentes IV en post-exposition dans les 6 j
 - Femme enceinte
 - Immunodéprimé
 - Nourrisson < 6 mois dont la mère a la rougeole ou né de mère réceptive
 - Nourrisson de 6 à 12 mois non vacciné

Erythème infectieux

- 5ième maladie ou mégalérythème épidémique
- Parvovirus B19
- Enfant d'âge scolaire
- Fin hiver et printemps
- Incubation 4-20 j, contagiosité 1-5 j avant éruption (! formes compliquées)

- Pas de fièvre
- Bon état général
- Prurit rare
- Arthralgies (adolescent)



Erythème infectieux



ERUPTION RETICULEE

- Erythème jugal (joues “giflées”) => éruption réticulée symétrique
- Avant-bras et cuisses (aspect “en dentelle”), atteinte tronculaire inconstante et moins typique
- Exacerbation par chaleur, frictions, soleil, exercice ou stress

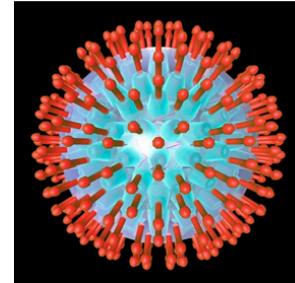


Erythème infectieux

- R/ symptomatique
- Guérison habituelle en 2-5 semaines
- Complications
 - Rares chez enfant sain: hépatite, myocardite, méningite, encéphalite, neutropénie, thrombopénie (?)
 - Si facteur(s) de risque (immunodépression, hémoglobinopathie, anémie acquise ou héréditaire): anémie prolongée ou aggravation anémie préexistante, crises aplasiques récidivantes
 - Risque embryo-foetal (anasarque foetoplacentaire) < 10% (↑ si < 20 semaines AG)



Roséole



- 6ième maladie ou exanthème subit
- HHV-6 type B
- 3-24 mois
- Toutes saisons
- Incubation 5-15 j, contagiosité durant phase fébrile

- Fièvre élevée ($> 39^{\circ}\text{C}$) 3-5 j
- Etat général variable entre pics fébriles
- Symptômes et signes associés variables (rhinorrhée, toux, diarrhée, tympanes congestifs, amygdales inflammatoires, adénopathies cervicales, (bombement fontanelle antérieure))

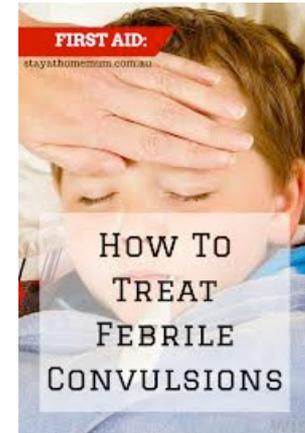
Roséole

- Eruption maculo-papuleuse
 - Front, nuque, région dorsolombaire, région antérieure thorax et abdomen, rarement > racines membres
 - **DANS LES 24 H SUIVANT DEFERVESCENCE FIEVRE**



Roséole

- R/ symptomatique
- Guérison habituelle en 7 j
- Complications
 - Chez enfant sain: convulsions fébriles
 - Si facteur(s) de risque (immunodépression): complications sévères et mortalité accrue



Exanthème unilatéral latéro-thoracique

- Asymetric Periflexural Exanthem of Childhood, APEC syndrome
- Origine virale probable
- 1-4 ans
- Printemps +++
- Incubation variable, contagiosité faible

- Peu ou pas de fièvre
- Bon état général
- Prurit variable
- Adénopathie(s) satellite(s) (axillaire(s), inguinale(s))



Exanthème unilatéral latéro-thoracique

- Eruption papulo-vésiculeuse
 - Petites papules rouges ou rosées => placards érythémateux eczématiformes ou scarlatiniformes
 - Région sous-axillaire => bras => autre région sous-axillaire => le long flanc => région inguinale



ASYMETRIE avec prédominance du côté éruption initiale



Exanthème unilatéral latéro-thoracique

- R/ symptomatique
- Guérison habituelle en 3-6 semaines
- Complications inexistantes



Maladie mains-pieds-bouche

- Virus coxsackie A16, entérovirus 71
- Enfant d'âges préscolaire et scolaire
- Été +++
- Incubation 3-6 j, contagiosité 7 j > début rash

- Peu ou pas de fièvre
- Bon état général
- Diarrhée, dysphagie



Maladie mains-pieds-bouche



- **TOPOGRAPHIE LESIONS**

- Enanthème buccal douloureux
 - Lésions érosives arrondies et superficielles
 - Face interne joues, lèvres, langue, gencives



Maladie mains-pieds-bouche

- Eruption vésiculeuse
 - Vésicules à contenu citrin, parfois avec halo érythémateux
 - Mains et pieds +++ > tronc et membres (fille: régions inguinale et vulvo-périnéale)
- Eruption maculo-papuleuse
 - Fesses, haut cuisses



Maladie mains-pieds-bouche

- A distance
 - Desquamation palmo-plantaire
 - Onychomadèse



Maladie mains-pieds-bouche

- R/ symptomatique
- Guérison habituelle en 7 j
- Complications
 - Rares
 - ↑ si entérovirus 71
 - Méningite, encéphalite, syndrome poliomyélitique, oedème pulmonaire, défaillance cardiaque

Rubéole

- Rubivirus
- Nourrisson et adolescent
- Printemps et hiver
- Incubation 12-23 j, contagiosité 7 j < éruption > 7 j (! formes congénitales)

- Asymptomatologie (25-50%)
- Peu ou pas de fièvre
- Bon état général
- Prodrome catarrhal
- **ADENOPATHIES CERVICALES POSTERIEURES ET OCCIPITALES**
- (Splénomégalie)



Rubéole

- (Enanthème)
- Eruption maculo-papuleuse
 - Visage > tronc et membres



Rubéole

- Maladie à déclaration obligatoire
 - 071/205105
 - surveillance.sante@aviq.be
 - MATRA
- Diagnostic sérologique
 - IgM spécifiques
 - ↑x 4 IgG spécifiques, à 2 semaines d'intervalle



Rubéole



- R/ symptomatique
- Guérison habituelle en 3-5 j
- Complications
 - Arthralgies et arthrites (adolescent +++)
 - Thrombopénie transitoire
 - Rarement: encéphalite, anémie hémolytique, purpura, myocardite, péricardite, syndrome de Guillain-Barré
 - Risque embryo-foetal: embryopathie-foetopathie tératogène (< 20 semaines AG +++)
 - ITG?
 - IgG IM (?)
 - !!! Vaccination et vérification status sérologique de toute femme en âge de procréer

Maladie de Gianotti-Crosti

- Acrodermatite papuleuse infantile
- Origine virale
 - **EBV +++**
 - Hépatite A-B, coxsackie A16, adénovirus 1-2, échovirus 8, CMV, HHV-6-7
- Enfant d'âge préscolaire
- Toutes saisons
- Incubation variable, contagiosité faible

- Peu ou pas de fièvre
- Bon état général



Maladie de Gianotti-Crosti

- Eruption papuleuse
 - Papules rosées ou rouges, parfois purpuriques, de petite taille
 - Parfois, larges placards rouges et surélevés par confluence
 - **JOUES, GENOUX ET COUDES**
 - Eruption souvent généralisée avec lésions clairsemées sur tronc et membres

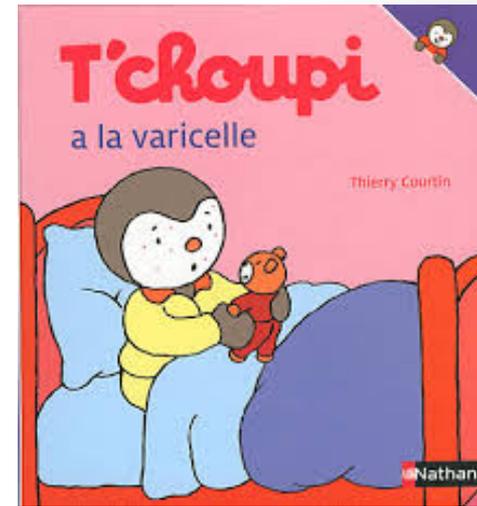


Maladie de Gianotti-Crosti

- R/ symptomatique
- Guérison habituelle en 2-4 semaines
- Complications inexistantes



Varicelle



- HHV-3 ou VZV
- Enfant d'âge scolaire +++
- Toutes saisons
- Incubation 10-21 j (28 j si immunoprophylaxie), contagiosité 2 j avant éruption et jusqu'à assèchement lésions

- Fièvre modérée
- Bon état général
- Prurit

Varicelle



- Eruption vésiculeuse
 - Rash généralisé (tronc +++)



LESIONS MACULO-PAPULEUSES PUIS VESICULEUSES ET CROUTEUSES

- ELEMENTS D'AGE ET D'ASPECT DIFFERENTS DANS MEME TERRITOIRE
- Lésions vésiculeuses ou érosives sur muqueuses buccale et génitale



Varicelle

- Traitement

- R/ symptomatique

- Désinfection cutanée (Diaseptyl, Hibidil...)
 - Assèchement lésions (Cytelium)
 - Antipyrétiques (! éviction AINS, AAS)
 - Anti-histaminiques si prurit

- R/ antiviral

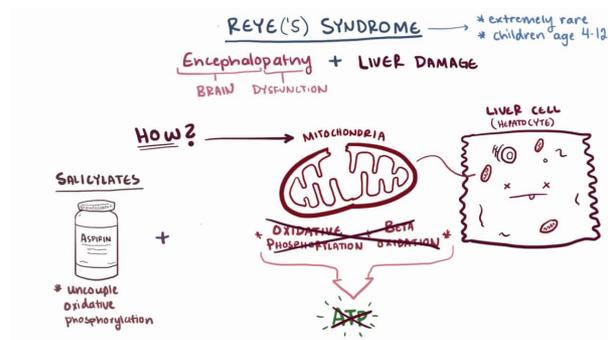
- Indications

- Varicelle femme enceinte avec éruption 8-10 j < accouchement
 - (Varicelle nouveau-né)
 - Nouveau-né avant toute éruption, né de mère avec varicelle J-5/ J+2 accouchement
 - Varicelle grave < 1 an
 - Varicelle compliquée
 - Immunodépression
 - Acyclovir IV (! pas d'indication acyclovir PO) 7-10 j
 - (Immunoglobulines spécifiques)
 - Antibiothérapie si surinfection bactérienne



Varicelle

- Guérison habituelle en 7 j
- Complications
 - Facteurs de risque: nouveau-né, prématurité, âge adulte, déficits immunitaires, R/ AAS- AINS
 - Impétigo, cellulite, ! fasciite nécrosante
 - Pneumonie
 - Hépatite
 - Ataxie, encéphalite, syndrome de Reye



Pytíriasis rosé de Gibert

- Origine virale probable
- Adolescent +++
- Toutes saisons
- Incubation ?, contagiosité possible

- Pas de fièvre
- Bon état général
- Prurit variable



Pytiriasis rosé de Gibert

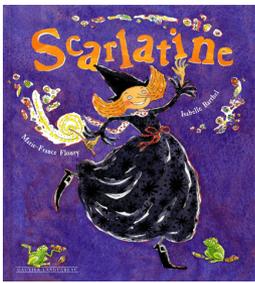
- Eruption maculo-papuleuse
 - Initialement squameuse, à prédominance tronculaire
 - Tache **EN FORME DE MEDAILLON** (rosée avec rebord plus sombre) => éléments lenticulés roses ou rouges (peau claire) ou grisâtres (peau brune) +++ sur plis cutanés
 - Lésions en “branches de sapin” au niveau thoracique



Pytíriasis rosé de Gibert

- R/ symptomatique; si prurit majeur, corticothérapie topique ou photothérapie
- Guérison habituelle en 1-4 mois, récurrence exceptionnelle
- Complications inexistantes





Scarlatine

- Streptococcus pyogenes > Streptocoques B-C, Staphylococcus aureus
- Enfant d'âge scolaire +++
- Printemps et hiver
- Incubation 2-5 j, contagiosité > 24h après début antibiothérapie

- Fièvre élevée
- Etat général variable
- Céphalées
- Vomissements, douleurs abdominales
- Dysphagie
- Adénopathies cervicales

Scarlatine



- Eruption érythémateuse
 - Généralisée (face antérieure tronc +++)
 - Pâleur pourtour bouche et nez si érythème visage
 - Peau rouge et sèche: éruption plus foncée au niveau plis de flexion (**SIGNE DE PASTIA**)
- Amygdales rouges et exsudatives, pétéchies au niveau palais, **LANGUE SABURRALE PUIS ROUGE FRAMBOISE**
- J7/J15: desquamation yeux et bouche => généralisée



Scarlatine



- Diagnostic
 - Frottis de gorge avec test d'identification rapide Ag SGA
- Traitement
 - Amoxicilline PO 75-100 mg/kg/j en 2x 7 j
 - Si allergie pénicilline: azithromycine PO 20 mg/kg/j 3 j
- Guérison rapide sous antibiothérapie
- Complications
 - Facteurs de risque: antécédents RAA, GNA
 - Abscess péri-amygdaalien, RAA, GNA

Impétigo

- Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes
- Enfant d'âges préscolaire et scolaire
- Eté +++
- Incubation 1-10 j, contagiosité par contact avec lésions ou objets contaminés

- Pas de fièvre
- Bon état général
- Prurit rare



Impétigo



ERUPTION VESICULO-BULLEUSE ET CROUTEUSE

- Lésions **EN MIROIR**
- Lésions vésiculeuses à contenu clair ou trouble, de différentes tailles
- Placards rouge vif, suintants et croûteux
- Visage, aisselles, abdomen, siège +++
- Extension rapide lésions



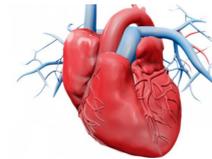
Impétigo



- Traitement
 - Antibiothérapie topique si lésions peu étendues
 - Acide fusidique (mupirocine si MRSA) 3-4x/j 7 j
 - Antibiothérapie générale si nouveau-né (nourrisson), lésions étendues ou profondes, lésions récalcitrantes, fièvre, altération état général, éruption scarlatiniforme, dermite atopique sous-jacente, déficit immunitaire
 - Flucloxacilline PO 50-100 mg/kg/j en 3-4x 7 j
 - Ou cefadroxil PO 50 mg/kg/j en 3x 7 j
 - Si allergie pénicilline: clindamycine PO 30-40 mg/kg/j en 3-4x 7 j

Impétigo

- Guérison rapide, sous antibiothérapie
- Complications
 - Rares
 - Cellulite, lymphangite, SSSS
 - Arthrite, ostéomyélite
 - Glomérulonéphrite
 - Endocardite
 - Septicémie





Urticaire

- Origine virale (bactérienne ou parasitaire), idiopathique > alimentaire, médicamenteuse, physique...
- Tous âges
- Toutes saisons
- Fièvre variable
- Bon état général
- Prurit et/ou sensation de chaleur
- Oedème lèvres, paupières, oreilles, OGE, mains et pieds (parfois, oedème conjonctival gélatineux)
- Arthralgies, arthrite



Urticaire



EVOLUTION A ECLIPSES, DERMOGRAPHISME

- Eruption maculo-papuleuse
 - Éruption mobile et fugace, à centre blanc et contours nets, EN PIQUES D'ORTIES
 - Disparition érythème et blanchiment papule à la pression, variation nombre, taille et localisation

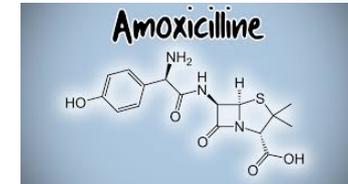


Urticaire

- Traitement
 - Symptomatique
 - Kit adrénaline SC après urticaire sévère
- Disparition en qqs j ou semaines (mois)
- Complications
 - Oedème muqueuses digestives (douleurs abdominales, vomissements, diarrhée, rectorragies)
 - Oedème laryngé
 - Bronchospasme
 - Choc anaphylactique



Rash sur amoxicilline



- Ampicilline, amoxicilline, autres pénicillines
- Facteurs de risque: infections virales (EBV +++)
- Tous âges
- Toutes saisons
- 1ère semaine R/ +++ , parfois 2 semaines après début R/
- Peu ou pas de fièvre
- Bon état général
- Pas de prurit



IM



Rash sur amoxicilline

- Eruption maculo-papuleuse
 - Généralisée (tronc +++)
 - Taches rouge foncé partiellement confluentes, fixes
 - Epargne muqueuses



Rash sur amoxicilline

- R/ symptomatique
- Disparition après qqs j, parfois 1-2 semaines, indépendamment arrêt ou poursuite traitement
- Complications inexistantes



AUCUNE CONTRE-INDICATION USAGE PENICILLINES

Rash sur amoxicilline

- Difficultés diagnostic différentiel allergie pénicilline
 - Urticaire, lésions bulleuses, hypotension, bronchospasme, oedème laryngé, arrêt circulatoire ou respiratoire = CI absolues usage pénicilline
 - Eruption maculo-papuleuse ou morbiliforme, hyperhémie, tachycardie ou bradycardie, signes digestifs = CI relatives usage pénicilline

=> Intérêt consultation d'allergologie pédiatrique



