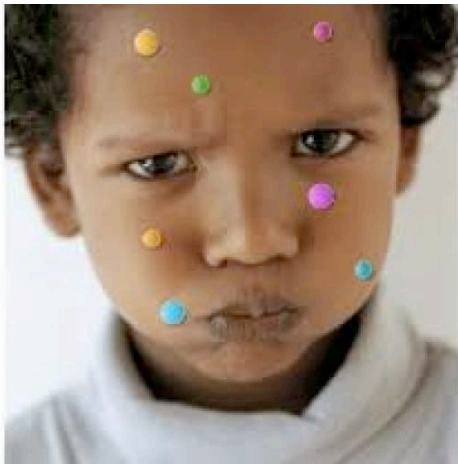


# Docteur, mon enfant a des boutons...

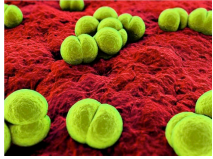


Dr Caroline GENIN  
CHC Montegnée  
26 octobre 2017



# 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
  - $\geq 2$  des signes suivants
    - Insuffisance rénale:  $\uparrow \times 2$  urémie ou créatininémie
    - Hépatique:  $\uparrow \times 2$  bilirubine totale, SGOT, SGPT
    - Hématologique: PS < 100000/mm<sup>3</sup> 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

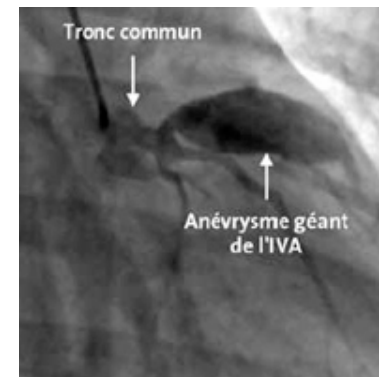


E



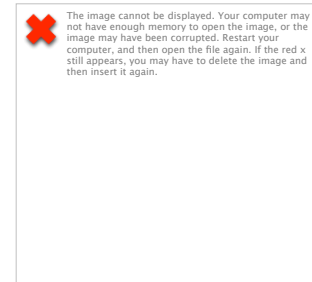
# Maladie de Kawasaki

- 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

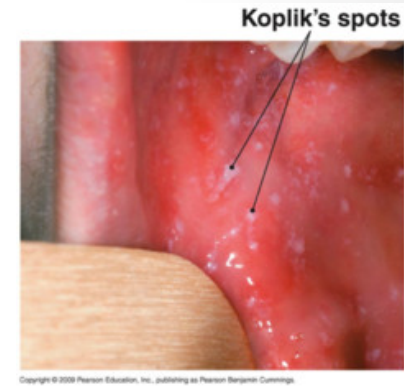


# Rougeole



## 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

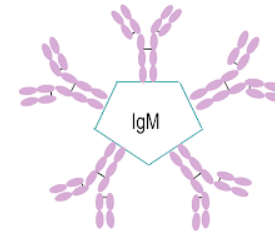


# Rougeole

- Maladie à déclaration obligatoire
  - 071/205105
  - [surveillance.sante@aviq.be](mailto: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

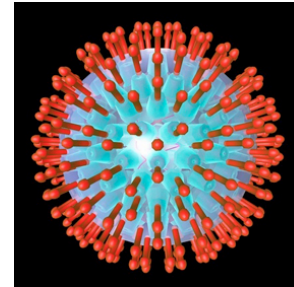


# Erythème infectieux

- 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](mailto: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

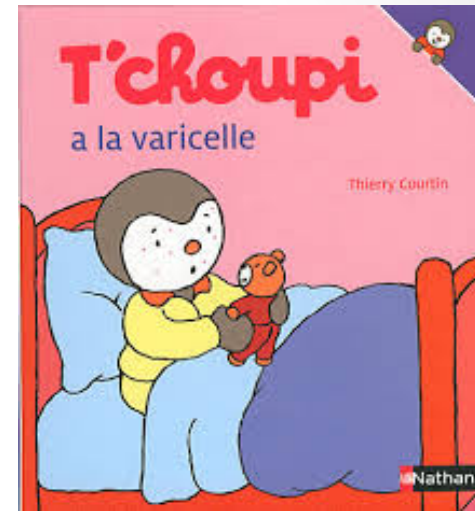


# Maladie de Gianotti-Crosti

- 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

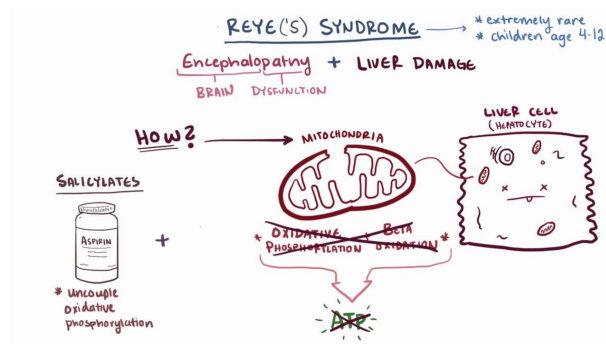
- Indications

- 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

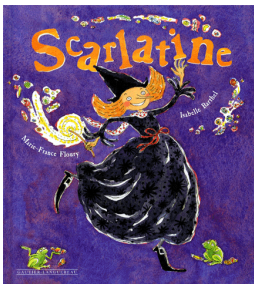
- Eruption maculo-papuleuse
  - Initialement squameuse, à prédominance tronculaire
  - Tache **EN FORME DE MEDAILLON** (rosée avec rebord plus sombre) => éléments lenticulés roses ou rouges (peau claire) ou grisâtres (peau brune) +++ sur plis cutanés
  - Lésions en “branches de sapin” au niveau thoracique



# Pytiritiasis 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



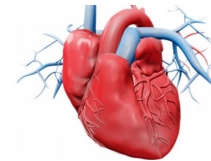
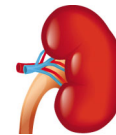
# Impétigo



- 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 PIQURES D'ORTIES
  - Disparition érythème et blanchiment papule à la pression, variation nombre, taille et localisation

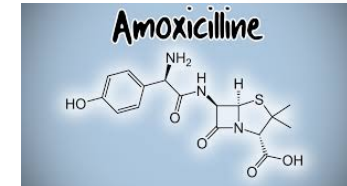


# Urticaire

- 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



