Question mise à jour le 11 février 2005

INSTITUT LA CONFÉRENCE HIPPOCRATE

www.laconferencehippocrate.com

La Collection Hippocrate

Épreuves Classantes Nationales

MALADIES INFECTIEUSES PÉDIATRIE

Maladies éruptives de l'enfant

I-7-94

Dr Stéphane AUVIN
Chef de Clinique

L'institut la Conférence Hippocrate, grâce au mécénat des Laboratoires SERVIER, contribue à la formation des jeunes médecins depuis 1982. Les résultats obtenus par nos étudiants depuis plus de 20 années (15 majors du concours, entre 90 % et 95 % de réussite et plus de 50% des 100 premiers aux Épreuves Classantes Nationales) témoignent du sérieux et de la valeur de l'enseignement dispensé par les conférenciers à Paris et en Province, dans chaque spécialité médicale ou chirurgicale.

La collection Hippocrate, élaborée par l'équipe pédagogique de la Conférence Hippocrate, constitue le support théorique indispensable à la réussite aux Épreuves Classantes Nationales pour l'accès au 3ème cycle des études médicales.

L'intégralité de cette collection est maintenant disponible gracieusement sur notre site **laconferencehippocrate.com.** Nous espérons que cet accès facilité répondra à l'attente des étudiants, mais aussi des internes et des praticiens, désireux de parfaire leur expertise médicale.

A tous, bon travail et bonne chance !

Alain COMBES, Secrétaire de rédaction de la Collection Hippocrate

Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite.
Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, microfilm, bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteurs.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

Maladies éruptives de l'enfant

Objectifs :

- **Diagnostiquer et distinguer une rougeole, une rubéole, un herpès, un mégalérythème épidémique, une varicelle, un exanthème subit, une mononucléose infectieuse, une scarlatine, un syndrome de kawasaki.**
- **Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.**

A/ Définitions

1. Exanthème scarlatiniforme

Éruption en nappe sans intervalle de peau saine

2. Exanthème morbilliforme

Il s'agit d'une éruption faite de macules et/ou de papules avec persistance d'intervalles de peau saine

B/ Orientation étiologique par syndrome dermatologique

1. Exanthème scarlatiniforme

Scarlatine, mononucléose infectieuse, syndrome de Kawasaki

2. Exanthème morbilliforme

Rougeole, exanthème subit, mégalérythème épidémique, mononucléose infectieuse, syndrome de Kawasaki

3. Exanthème roséoliforme

Rubéole, exanthème subit

4. Éruption vésiculeuse

Généralisée : varicelle
Localisée :

- dermatome : zona ;
- buccale : gingivo-stomatite herpétique ;
- localisée le plus souvent labiale : récurrence herpétique.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

ROUGEOLE

1. Agent étiologique
Virus de type paramyxovirus ; morbillivirus.

2. Incubation
10 jours.

3. Contagiosité
Durant la phase d'invasion jusqu'à 2 à 3 jours après le début de l'éruption.

4. Transmission
Par voie aérienne.

5. Clinique (fig. 7 et 8)
éruption devenue rare en France depuis la vaccination.
- Une phase d'invasion durant de 4 à 5 jours associant : une fièvre et un catarrhe oculaire, nasal et bronchique. La fièvre atteint progressivement 39 à 40 °C. Elle disparaît au 3e ou 4e jour de l'éruption.

Après 36 à 48 heures et jusqu'au début de l'éruption, on peut noter un énanthème : le signe de Köplik (macules blanc-bleuté sur la face interne des muqueuses jugales).
- Atteinte cutanée : elle débute 15 jours après le contage.
- Il s'agit d'une éruption morbilliforme avec lésions parfois confluentes. L'éruption débute au niveau rétro-auriculaire et à la face, puis s'étend en 48 heures au tronc puis aux membres. L'éruption dure 7 à 10 jours.

6. Complications
- ORL : otite, laryngite.
- Broncho-pulmonaires : bronchite, pneumopathie, atélectasie.
- La surinfection ORL ou broncho-pulmonaire est suspectée devant la réascension de la température.
- Neurologique : méningo-encéphalite de la période éruptive, panencéphalite subaiguë sclérosante survenant en moyenne 8 ans après l'infection.

7. Diagnostic
Le diagnostic est clinique.

8. Prise en charge thérapeutique
– Traitement symptomatique.
– Traitement antipyrétique.
– Traitement des éventuelles surinfections.

RUBÉOLE

1. Agent étiologique
Rubivirus ; famille des *Togaviridæ*.

2. Incubation
14 jours.

3. Contagiosité
7 à 10 jours avant l'éruption, puis dure jusqu'à 10 jours après.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

4. Transmission
Par voie aérienne ou par voie transplacentaire.

5. Clinique
éruption devenue rare en France depuis la vaccination.
Il s'agit souvent d'une éruption fruste, voir inapparente.

a) Phase d'invasion
Elle dure 1 à 2 jours et se traduit par une fièvre modérée, des myalgies et des adénopathies cervicales. La fièvre disparaît dès le premier jour de l'éruption.

b) Phase d'état
- Elle associe une atteinte cutanée, des adénopathies constantes siégeant au niveau cervical postérieur, une splénomégalie et une fièvre modérée transitoire.
- L'atteinte cutanée est constituée de (J1) macules avec un intervalle de peau saine débutant au niveau du visage et s'étendant rapidement au niveau du tronc et des membres supérieurs. Elle devient scarlatiniforme (J2) puis disparaît (J3) en laissant place à une desquamation fine.

6. Complications
- Purpura thrombopénique.
- Méningite lymphocytaire.
- Méningo-encéphalite. Cette atteinte est rare et survient 2 à 4 jours après l'éruption.
- Polyradiculonévrite.
- Polyarthrite : l'atteinte articulaire concerne en général les petites articulations. Elle disparaît le plus souvent en 15 à 30 jours sans séquelle.
- Risque de transmission materno-fœtale avec Rubéole congénitale d'autant plus sévère que la contamination survient précocement.

7. Diagnostic
C'est la sérologie qui apporte la certitude diagnostique. Pour avoir une interprétation correcte, il faut faire deux prélèvements à 10 jours d'intervalle.

8. Prise en charge thérapeutique
Le traitement est symptomatique.
Essentiellement traitement de la fièvre par paracétamol.

VARICELLE

1. Agent étiologique
Virus zona, varicelle ; *herpesviridæ*.

2. Incubation
14 jours.

3. Contagiosité
2 à 3 jours avant l'éruption jusqu'à disparition des vésicules (7e jour).

4. Transmission
Par voie aérienne, survenue par épidémie de fin d'hiver et de printemps.

5. Clinique : (Fig. 11)
- Fébricule, adénopathies.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

- Éruption prurigineuse.
- Atteinte cutanée avec évolution caractéristique des lésions élémentaires dans le temps :
  - macules érythémateuses ;
  - puis vésicules dont le contenu se trouble, s'ombiliquant en leur centre ;
  - puis apparition de croûtes qui chutent en 7 à 10 jours.
- L'éruption débute sur le tronc et au niveau du cuir chevelu et a une extension centrifuge. Des poussées successives durant la première semaine d'évolution expliquent l'aspect polymorphe de l'éruption avec des éléments d'âges différents.
- Atteinte muqueuse :
  - elle n'est pas rare. Elle se constitue de lésions vésiculeuses ou érosives buccales et pharyngées ; plus rarement, une atteinte conjonctivale et génitale est retrouvée.

6. Complications

a) Cutanées

Impétiginisation ; hypodermite (streptocoque ; staphylocoque) ; fasciite nécrosante qui serait favorisée par la prescription d'AINS, réaction toxinique secondaire à une porte d'entrée cutanée (syndrome toxinique streptococcique ou staphylococcique [SSSS]).

b) Pulmonaire : pneumopathie interstitielle

c) Neurologiques

- Ataxie cérébelleuse ; convulsion.
- Plus rarement : encéphalite, polyradiculonévrite, myélite, méningite.
- Plus rarement : purpura thrombopénique post-éruptif ; arthralgies.

d) Sujet à risque de varicelle sévère

- Enfant ayant une dermatite atopique : risque de forme cutanée profuse, parfois évolution nécrotique réalisant un équivalent de syndrome de Kaposi-Juliusberg.
- Enfant immunodéprimé : risque de forme profuse cutanée et de localisation viscérale (pulmonaire, neurologique, hépatique…).

7. Diagnostic

Il s'agit d'un diagnostic clinique.

8. Prise en charge thérapeutique

- Éviction scolaire jusqu'à chute des croûtes.
- Contre-indication de l'aspirine (favorise le syndrome de Reye), du talc et des AINS (favoriseraient les surinfections cutanées sévères).
- Traitement de la fièvre par paracétamol.
- Antisepsie cutanée : chlorhexidine en solution moussante.
- Antiprurigineux : antihistaminique H1.
- Indication de l'aciclovir : par voie intraveineuse en cas d'immunodépression et en cas de localisation viscérale (pulmonaire ou neurologique). *Per os*, dans le cas de varicelle chez l'enfant atopique.

HERPÈS

1. Agent étiologique

HSV 1, exceptionnellement HSV 2 ; *herpesviridæ*.

2. Incubation

7 jours.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

3. Contagiosité

Contact direct cutanéo-muqueux.

4. Transmission

Directe lors du contact, par voie transplacentaire.

5. Clinique

a) Primo-infection

Elle survient habituellement dans l'enfance. Il s'agit d'un tableau de gingivo-stomatite, avec une atteinte importante de la muqueuse buccale et de la langue composée de vésicules qui évoluent rapidement vers des ulcérations. Ce tableau est souvent accompagné d'une fièvre importante les premiers jours. Les difficultés d'alimentation et la dysphagie exposent à la déshydratation, principale complication. En dehors de la gingivo-stomatite typique de l'enfant, il existe des formes atypiques par leur siège (pharyngite, laryngite, rhinite), leur présentation clinique (ulcérations) ou leur association à des atteintes viscérales (méningite, encéphalite, hépatite).

b) Herpès cutané localisé

- Les lésions d'herpès peuvent atteindre tous les sites cutanés, principalement les fesses, l'aire sus-pubienne et les cuisses. Elles peuvent témoigner d'une primo-infection ou d'une récurrence isolée.
- Une localisation particulière est celle de l'herpès de la main, terme à préférer à celui de « panaris herpétique », car les régions péri-unguéales ne sont pas les seuls sites infectés (pulpe, paume, poignet).
- Méconnue, cette localisation expose à des interventions chirurgicales inutiles. La possibilité de transmission nosocomiale de l'herpès à partir de la main d'un soignant a été démontrée. Le respect des précautions universelles d'hygiène (port des gants, lavage des mains, etc.) permet la prévention de cette transmission.

c) Récurrences

De multiples facteurs déclenchants de récurrence sont rapportés : fièvre, exposition aux ultraviolets, menstruation, infection aiguë fébrile, fatigue, stress, lésions tissulaires oro-faciales (dermabrasion, certains traitements par laser, chirurgie buccale, chirurgie du ganglion de Gasser), injection péridurale de morphine. L'herpès oro-facial récurrent siège avec prédilection sur le bord externe d'une lèvre. D'autres localisations sont décrites : vestibule narinaire, menton, joue. Il existe des formes atypiques : gingivo-stomatite diffuse, ulcération orale unique, glossite.

6. Diagnostic

- Il s'agit d'un diagnostic clinique.
- Le diagnostic virologique direct est recommandé lorsque les lésions ne sont pas typiques ou devant des complications (consensus fort au sein du jury).
- L'intérêt de la PCR n'est pas évalué. La sérologie n'a pas d'intérêt diagnostique (consensus fort au sein du jury).

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

7. Prise en charge thérapeutique

Gingivostomatite herpétique et poussée d'herpès

Adaptée de la Conférence de consensus du 7 novembre 2001
Prise en charge de l'herpès cutanéo-muqueux chez l'immunocompétent

Gingivostomatite

Évaluer :
1/ hydratation
2/ anorexie

- Enfant > 2 ans : aciclovir *per os* 200 mg x 5 par jour
  < 2 ans : aciclovir 250 mg/m^2 toutes les 8 heures
  IV quand voie orale impossible (5 mg/kg x 3 par jour)
  Durée 5 à 10 jours.
- *PAS de Traitements locaux antiviraux*
- Antalgique : codéine
- Bains de bouche antiseptique
- Ce traitement doit être accompagné si nécessaire de mesures de réhydratation

→ Diagnostic virologique direct uniquement dans le cas de lésions atypiques ou de complications

Herpès localisé → Pas de traitement spécifique

Chez l'enfant atopique

Risque de KAPOSI-JULIUSBERG

Évaluer :
1/ présence d'éléments nécrotiques
2/ importance des lésions

Si syndrome de Kaposi-Juliusberg
aciclovir IV 5 mg/kg/8 h

MÉGALÉRYTHÈME ÉPIDÉMIQUE

1. Agent étiologique
Parvovirus B19.

2. Incubation
7 à 10 jours.

3. Transmission
Par voie respiratoire le plus souvent, parfois par voie sanguine, survenue par épidémie hivernale et au printemps.

4. Clinique (Fig. 1 et 2)
● Évolution en trois phases :
1re phase : éruption maculo-papuleuse du visage, évolution vers une lésion œdémateuse rouge vif prenant un aspect de joues soufflétées. Respect des zones périorbitaires, péribuccales et frontales. Disparition en 4 à 5 jours.
2e phase : débute 24 à 48 heures après le début de l'éruption faciale. Extension aux membres de lésions maculeuses s'étendant de la racine aux extrémités. Prenant un aspect réticulé en carte de géographie ou en guirlande.
3e phase : Résurgence de l'éruption par la vasodilatation (exercice physique, bain chaud…) puis guérison progressive avec disparition totale en 6 à 10 jours.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

- Il faut savoir que des infections avec le *Parvovirus* B19 peuvent être responsables d'éruptions atypiques ne répondant pas à la description clinique du mégalérythème épidémique.

5. Complications

- Articulaire : polyarthralgie, polyarthrite.
- Neurologique : encéphalite.
- Hématologique : anémie, thrombopénie, leuconeutropénie.
- Chez les patients porteurs de maladie érythrocytaire (notamment la sphérocytose), une crise aiguë transitoire érythroblastopénique peut survenir. La guérison est spontanée le plus souvent, sans manifestation cutanée ou articulaire.
- Chez la femme enceinte, l'infection à *Parvovirus* B19 est susceptible d'entraîner une anémie fœtale, un anasarque fœto-placentaire, voire un avortement spontané.

6. Prise en charge thérapeutique

- Traitement symptomatique.
- Éviter le contact entre les sujets infectés et les femmes enceintes. En cas de contact, surveillance et prise en charge obstétricale.

MONONUCLÉOSE INFECTIEUSE

1. Agent étiologique

Epstein Barr Virus ; herpesviridæ.

2. Incubation

5 à 20 jours.

3. Transmission

Voie aérienne.

4. Clinique

Différents tableaux cliniques sont connus. L'éruption peut être non spécifique.

- Cliniquement, on trouve une fièvre, une angine, des adénopathies généralisées et parfois une splénomégalie. Un exanthème morbilliforme qui survient 4 à 6 jours du début de la maladie. Des éléments urticariens peuvent être retrouvés. Il peut s'y associer un énanthème : tableau d'angine érythémateuse ou érythémato-pultacée ; un purpura du voile du palais.
- Une conjonctivite et un œdème palpébral peuvent s'associer au tableau clinique.
- L'évolution se fait vers la guérison spontanée.
- L'éruption peut se majorer ou apparaître lors de la prise d'ampicilline. Dans 90 % des cas, la prise d'ampicilline entraîne ce type d'éruption. Il ne s'agit pas d'une allergie.

5. Diagnostic

- Le diagnostic est évoqué cliniquement. Un syndrome mononucléosique à la NFS peut être évocateur, bien qu'il n'ait aucune spécificité.
- La technique la plus sensible et la plus spécifique est la sérologie. La primo-infection peut être affirmée lorsque l'on retrouve des IgM anti-VCA en l'absence d'anticorps anti-EBNA.

6. Complications

- Hématologiques : anémie hémolytique, purpura thrombopénique.
- Hépatite le plus souvent biologique sans manifestation clinique.
- Neurologiques : encéphalite, polyradiculonévrite, méningite lymphocytaire.
- Rarement myocardite, pleurésie.

Chez l'immunodéprimé et notamment chez les patients transplantés, l'EBV peut être responsable d'un syndrome lymphoprolifératif.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

7. Prise en charge thérapeutique

- Le traitement est symptomatique.
- Essentiellement traitement de la fièvre par paracétamol.
- Proscrire l'ampicilline.
- En cas de surinfection ORL, on choisira un traitement antibiotique par macrolide.

EXANTHÈME SUBIT OU ROSÉOLE INFANTILE

1. Agent étiologique

HHV6 le plus souvent, HHV7 est aussi possible ; *Herpesviridæ*.

2. Incubation

5 à 15 jours.

3. Transmission

Salivaire.

4. Clinique

- L'enfant est le plus souvent âgé de 6 mois à 2 ans.
- Le tableau clinique est celui d'une éruption cutanée apparaissant lors de la défervescence thermique d'un épisode fébrile de 3 à 4 jours. La température est souvent autour de 39 °C lors de la période fébrile.
- L'atteinte cutanée est constituée de macules érythémateuses ou maculo-papules de petite taille.
- L'éruption siège au niveau du tronc et de l'abdomen, puis s'étend sur le visage et les membres supérieurs. Elle dure 24 à 48 heures.
- À côté des manifestations habituelles, il est possible d'observer un œdème des paupières, des adénopathies cervicales, voire des convulsions.

5. Diagnostic

Il s'agit d'un diagnostic clinique. Toutefois, il existe un diagnostic sérologique et la possibilité de faire un isolement du virus grâce à une PCR sur une culture lymphocytaire.

6. Prise en charge thérapeutique

Le traitement est symptomatique.
Essentiellement traitement de la fièvre par paracétamol.

SCARLATINE

1. Agent étiologique

Secondaire à une toxine érythrogène produite par un streptocoque du groupe A (exceptionnellement groupe C ou groupe G).

2. Incubation

2 à 5 jours

3. Transmission

Par sujet contact atteint ou par porteur asymptomatique. Porte d'entrée pharyngée ou parfois plaies cutanées.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

4. Clinique (Fig. 3 et 4)

Début brutal par une fièvre, des adénopathies et parfois associé à des nausées ou des vomissements. Au niveau pharyngé, on trouve une angine érythémateuse ou érythématopultacée.

a) Au niveau cutané

- Au 2e jour apparaît une éruption qui débute au niveau du tronc, puis se généralise en 2 jours en respectant les zones péribuccale et palmoplantaire. Il s'agit d'un érythème diffus sans intervalle de peau saine, associé à des papules donnant au toucher un aspect granité. Il existe un renforcement de l'érythème au niveau des plis.
- Une desquamation survient entre les 7e et 10e jours. Il s'agit d'une desquamation fine sur le visage et le tronc, et en lambeaux des extrémités (« en doigts de gants »).

b) Au niveau muqueux

- À la phase initiale, la langue est recouverte d'un enduit blanchâtre, lui donnant son aspect de langue saburrale.
- Au 4e jour, la langue desquame et prend un aspect érythémateux où les papilles restent bien visibles (« langue framboisée »).
- Il peut exister des formes frustes et incomplètes avec une hyperthermie modérée et une atteinte cutanéo-muqueuse initiale discrète, voire absente.
- La desquamation caractéristique en lambeaux est alors évocatrice de la maladie.

5. Complications

- Lors de la phase aiguë, les complications sont devenues exceptionnelles depuis le traitement par antibiotique.
- Comme toutes les infections streptococciques, on peut observer à distance un rhumatisme articulaire aigu, une glomérulonéphrite postinfectieuse ou une chorée de Sydenham, mais ces manifestations sont devenues rares aujourd'hui.

6. Diagnostic

- Il s'agit d'un diagnostic clinique. Il n'existe pas d'examen biologique pouvant faire la preuve formelle de la scarlatine.
- Les examens pouvant orienter sont : mise en évidence d'un streptocoque au prélèvement de gorge, augmentation des ASLO.

7. Prise en charge thérapeutique

- Traitement par antibiothérapie antistreptococcique :
  - Pénicilline V orale : 50 000 UI/kg/jour pendant 10 jours.
  - En cas d'allergie :

Érythromycine : 50 mg/kg/jour pendant 10 jours.

SYNDROME DE KAWASAKI

1. Agent étiologique

La physiopathologie reste incomplètement connue. L'hypothèse actuellement la plus admise est une maladie de type superantigénique. Il s'agit d'une stimulation par un antigène qui permet d'activer un grand nombre de cellules lymphocytaires T. Cette stimulation intense lymphocytaire T a pour conséquence une libération importante de cytokines qui représente un des éléments de la pathogénie du choc toxinique.

2. Clinique

La précocité du diagnostic est fondamentale. En effet, un traitement précoce peut prévenir l'apparition des complications qui font toute la gravité de cette maladie : l'atteinte des coronaires.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

Le critère de fièvre persistante de plus de 5 jours doit être constant pour évoquer le diagnostic. Il faut se méfier de la maladie de Kawasaki chez l'enfant de moins de 1 an où le tableau clinique est souvent incomplet, voire fruste.

a) Fièvre persistante de 5 jours au moins (critère constant, nécessaire pour évoquer le diagnostic).

b) Conjonctivite bilatérale sans exsudat

c) Modifications bucco-pharyngées
- chéilite fissuraire ;
- langue framboisée ;
- énanthème diffus des muqueuses.

d) Modifications des extrémités :
Phase initiale :
- érythème palmo-plantaire ;
- œdème induré des pieds et des mains.

Phase de convalescence :
- desquamation de la pulpe des doigts et des orteils.

e) Exanthème, surtout présent sur le tronc, aspect variable

f) Adénopathies cervicales non suppuratives (taille supérieure à 1,5 cm)
D'autres signes cutanés peuvent être observés :
- Érythème périnéal, érythème au site de vaccination par le BCG.

Un syndrome inflammatoire biologique est le plus souvent observé.

3. Complications

- C'est la possibilité d'une atteinte cardio-vasculaire qui fait toute la gravité de cette maladie. La gravité de la maladie de Kawasaki est liée à l'atteinte coronaire : dilatation puis anévrismes coronaires. C'est la précocité du traitement qui permet la prévention de ces lésions.
- Il peut aussi s'agir d'une péricardite ou d'une myocardite. D'autres atteintes viscérales sont possibles.

4. Prise en charge thérapeutique

Le traitement est une urgence pour éviter l'apparition des lésions coronaires.
Il associe :
- immunoglobulines polyvalentes :
  * 1 g/kg/jour ; 2 jours de suite.
- aspirine :
  * 80 à 100 mg/kg/jour en 4 prises quotidiennes pendant 15 jours.
  * poursuivie à dose d'antiagrégant plaquettaire 3 à 5 mg/kg/jour en une prise quotidienne pendant 6 à 8 semaines ou jusqu'à disparition des lésions coronaires. ■

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier



Serv. dermatol. CHRU Lille

Figure 1 : *Éruption érythémateuse des jambes au cours d'un mégalérythème épidémique.*



Serv. dermatol. CHRU Lille

Figure 2. *Éruption du visage avec érythème et aspect de joues soufflétées au cours d'un mégalérythème épidémique.*



Serv. dermatol. CHRU Lille

Figure 3 : *Atteinte muqueuse de la scarlatine avec aspect en langue framboisée.*



Serv. dermatol. CHRU Lille

Figure 4 : *Érythème scarlatiniforme touchant le haut du tronc.*



Serv. dermatol. CHRU Lille

Figure 5 : *Chéilite fissuraire et énanthème donnant un aspect de langue framboisée au cours d'une maladie de Kawasaki.*

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier



Serv. dermatol. CHRU Lille

Figure 6 : *Érythème périnéal au cours d'une maladie de Kawasaki.*



Serv. dermatol. CHRU Lille

Figure 9 : *Purpura vasculaire des membres inférieurs au cours d'un purpura rhumatoïde.*



Serv. dermatol. CHRU Lille

Figure 7 : *Rougeole.*
Exanthème morbilliforme du tronc.



Serv. dermatol. CHRU Lille

Figure 10 : *Purpura vasculaire des membres inférieurs au cours d'un purpura rhumatoïde.*



Serv. dermatol. CHRU Lille

Figure 8 : *Rougeole.*
Érythème morbilliforme au niveau du visage.



Dr. Stéphane Auvin

Figure 11 : *Varicelle profuse. Vésicules à contenu clair dont certaines commencent à présenter une ombilication centrale.*

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier