

MISES AU POINT INTERACTIVES

Urgences en dermatologie pédiatrique



→ F. BORALEVI

Service de Dermatologie Pédiatrique,
Groupe Hospitalier Pellegrin,
Hôpital des Enfants,
BORDEAUX.

La notion d'urgences en dermatologie pédiatrique peut s'appliquer pour des affections variées soit parce qu'il s'agit d'"urgences vraies", soit parce qu'il existe un risque de complications graves, soit encore en raison de la contagiosité potentielle pour l'entourage et la collectivité.

>>> Les **urgences vraies** concernent les affections qui mettent en jeu le pronostic vital, telles que l'eczéma herpeticum, le purpura fulminans, les pyodermites graves.

>>> Parmi les **affections urgentes en raison d'un risque de complications**, citons en particulier la maladie de Kawasaki (risque coronarien) et les stomatites aiguës d'origine herpétique ou survenant au cours d'un érythème polymorphe (risque de déshydratation).

>>> Les affections dont le **diagnostic est urgent en raison des risques de contagiosité** concernent la gale, les viroses communes (dont la rougeole, en recrudescence depuis 2 ans), les teignes et toute éruption survenant dans l'entourage d'un immunodéprimé.

Ajoutons à cela que, dans le cadre particulier de la pédiatrie, certaines affections fréquentes et le plus souvent bénignes sont vécues par les parents comme inquiétantes (urticaire aiguë, exanthèmes fébriles) et requièrent également une prise en charge dans l'urgence.

Plutôt que de passer en revue l'ensemble de ces situations, le choix s'est porté pour une présentation sous forme de cas pour diagnostic commentés.

Ulcération nécrotique fébrile

1. Observation

Une jeune fille de 12 ans consultait pour la survenue brutale d'une lésion vulvaire nécrotique douloureuse associée à une douleur inguinale et à une fièvre modérée à 38,2 °C. Il s'agissait du premier épisode chez cette enfant suivie depuis les premiers mois de vie pour un syndrome de Job-Buckley (qui associe une anomalie du chimiotactisme des polynucléaires et une élévation majeure des IgE). L'examen de cette lésion révélait une ulcération de la grande lèvre droite, recouverte d'une nécrose de couleur verdâtre, et entourée d'un érythème franc avec œdème (**fig. 1**). Les plis inguinaux étaient douloureux à la palpation, évoquant une adénite très inflammatoire.



FIG. 1.

Le reste de l'examen était sans particularités.

2. Questions

Quel diagnostic évoquer? Quels sont les deux examens complémentaires les plus urgents dans ce contexte parmi les cinq suivants: prélèvement bactériologique local, protéine C-réactive, étude du chimiotactisme des polynucléaires, hémogramme, hémoculture.

3. Commentaires

Une ulcération nécrotique aiguë, noirâtre et/ou verdâtre, douloureuse, survenant en région périnéale, évoque en premier lieu une pyodermite à bacille Gram négatif, le plus souvent due à *Pseudomonas aeruginosa*. Il s'agit d'un ecthyma gangréneux. Le contexte de survenue est celui d'une agranulocytose acquise, d'un trouble du chimiotactisme des polynucléaires (notre cas) ou d'une autre hémopathie [1]. Il est donc impératif et urgent d'obtenir un hémogramme. Parfois, on ne peut pas mettre en évidence de facteurs de prédisposition, laissant alors supposer seulement un rôle de la macération dans ces pyodermes de localisation périnéale.

MISES AU POINT INTERACTIVES

Dans près de deux tiers des cas, cette infection périnéale s'accompagne d'un sepsis avec positivité des hémocultures. Une hospitalisation urgente est donc nécessaire, à la fois pour la recherche et la caractérisation d'une éventuelle hémopathie sous-jacente, et pour la mise en route d'une antibiothérapie intraveineuse adaptée (par exemple, ceftazidime ou imipenem et aminoside). L'ecthyma gangréneux semble moins fréquent chez le garçon, mais ne présente pas de différence sémiologique. L'examen attentif de la lésion permet généralement d'écarter l'hypothèse de lésions aphtoides, en particulier des aphtes de Lipschütz que l'on pourrait évoquer devant des ulcérations vulvaires fébriles chez une jeune fille.

Au total, la survenue d'une pyodermites nécrotique de la région périnéale peut être le révélateur d'une septicémie à BG- et d'une hémopathie sous-jacente. La réalisation urgente d'un hémogramme et d'une hémoculture est donc ici impérative. L'évolution dépend surtout de l'éventuelle hémopathie associée.

Chéilite, glossite et lésions bulleuses

1. Observation

Un petit garçon de 5 ans consultait pour l'apparition progressive depuis 48 heures de lésions buccales et d'une éruption bulleuse prédominant aux extrémités (**fig. 2**), associée à une fièvre à 38,8 °C. Il s'agissait du premier épisode et l'enfant n'avait pas d'antécédents médicaux particuliers.

L'examen objectivait une chéilite nécrotique associée à une atteinte de la muqueuse buccale étendue dont l'examen était peu aisé en raison des douleurs et de saignements spontanés des lèvres à l'ouverture de la bouche. Il n'y avait pas d'adénopathies satellites.



Fig. 2.

Les muqueuses conjonctivales étaient érythémateuses. Les paumes et les plantes étaient le siège de lésions bulleuses rondes cerclées d'un halo érythémateux net. Quelques éléments isolés étaient également notés sur le reste du tégument, sans systématisation.

2. Questions

Quel diagnostic évoquer? Lors d'un prélèvement local pour un examen par PCR, quels agents infectieux rechercher tout particulièrement?

3. Commentaires

L'association d'une atteinte muqueuse douloureuse étendue avec des lésions bulleuses en cible fait évoquer en première intention un érythème polymorphe [2]. Il s'agit le plus souvent de garçons, grands enfants ou adolescents. Les lésions muqueuses sont volontiers au premier plan, et parfois isolées avec une chéilite associée à une mucite nécrotique. Dans

ces formes, la survenue de nouvelles poussées dans les mois ou années suivantes sera un élément de plus en faveur du diagnostic.

Le problème majeur est posé par les conséquences d'une alimentation orale impossible, nécessitant alors une hydratation intraveineuse et le recours à des antalgiques adaptés à la douleur. Une corticothérapie orale courte est souvent associée dans les formes sévères, sans qu'il n'existe dans la littérature médicale de preuves suffisantes pour son utilisation en dehors de petites séries [3].

Chez l'enfant, l'érythème polymorphe est avant tout post-infectieux, avec la mise en évidence possible de récurrences herpétiques dans certains cas, ou d'infections broncho-pulmonaires à *Mycoplasma pneumonia* plus rarement. Dans de nombreux cas, aucune étiologie n'est retrouvée. La recherche d'une étiologie infectieuse est utile pour la décision thérapeutique, avec la possibilité d'instaurer un traitement préventif des rechutes par aciclovir dans les formes associées aux récurrences de HSV1.

Eruption vésiculeuse et tuméfaction thoracique

1. Observation

Un petit garçon de 3 ans présentait depuis 6 jours une éruption vésiculeuse composée de petits éléments évoluant rapidement vers la formation d'une croûte, sans fièvre. Un diagnostic de varicelle avait été porté par les parents eux-mêmes. Apparaissait alors une fièvre brutale à 40 °C, une altération modérée de l'état général et une douleur latéro-thoracique gauche était notée, provoquée en prenant l'enfant dans les bras.

L'examen clinique découvrait un placard érythémateux chaud en région



FIG. 3.

thoraco-axillaire gauche, centré par une lésion vésiculeuse devenue légèrement suintante (fig. 3). Une adéno-pathie axillaire sensible était présente.

2. Questions

Quel diagnostic évoquer? Quels germes peut-on suspecter?

3. Commentaires

La survenue d'une fièvre élevée secondaire au cours de la varicelle doit faire évoquer une surinfection bactérienne. Si la phase éruptive s'accompagne parfois de fièvre, elle est généralement précoce, calquée sur les phases de virémie qui se manifestent par l'apparition de nouvelles lésions, et n'est élevée que dans les formes très profuses.

La varicelle est la première cause de surinfection bactérienne à cocci Gram+ chez l'enfant, avec en première ligne des surinfections cutanées (impétigo simplex et bulleux, dermo-hypodermite, syndrome du choc toxique, rashes scarlatiniformes, fasciite nécrosante) ou plus rarement ostéoarticulaires [4]. L'existence d'un placard œdémateux centré par une lésion de varicelle évoque une dermo-hypodermite et nécessite une antibiothérapie intraveineuse urgente. Les deux germes les plus fréquemment en cause sont les staphylocoques dorés et le streptocoque du groupe A.

Dans notre expérience, l'existence d'un placard unique centré par une lésion volontiers suintante est très évocatrice d'une infection streptococcique alors que le staphylocoque doré est plutôt responsable de lésions nécrotiques multiples et sèches. Cette distinction peut aider pour guider le choix de l'antibiothérapie initiale (association amoxicilline et acide clavulanique dans les lésions uniques et oxacilline dans les autres cas, souvent associés pour les trois premiers jours à un aminoside).

Malgré la précocité d'une antibiothérapie adaptée, l'évolution peut se faire vers l'abcédation (parfois secondaire) qui nécessitera un drainage chirurgical. On ne retrouve pas toujours de facteurs favorisant la survenue de ces surinfections locales, il apparaît néanmoins que l'usage de talc (parfois utilisé pour limiter les démangeaisons) et le recours aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (à visée antipyrétique) sont à déconseiller au cours de la varicelle [5].

Une pyodermite sévère du cuir chevelu

1. Observation

Une fillette de 5 ans consultait en urgence pour un vaste placard inflammatoire douloureux du cuir chevelu associé à une fièvre à 38,7 °C. La lésion progressait depuis une quinzaine de jours malgré deux antibiothérapies orales successives par acide fusidique, puis association amoxicilline-acide clavulanique.

L'examen objectivait une lésion érythémateuse suintante et alopeciant occupant le tiers d'un hémiscalp (fig. 4), associée à des pustules et à un écoulement purulent provenant des ostiums folliculaires à la pression prudente de la lésion. Une



FIG. 4.

polyadénopathie latéro-cervicale et postérieure était notée. L'état général était conservé. L'examen du reste du tégument révélait la présence de macules érythémateuses asymptomatiques mal limitées sur les membres supérieurs et le tronc.

2. Questions

Quel diagnostic évoquer? Quel agent infectieux doit-on suspecter? Quelle sera la prise en charge thérapeutique?

3. Commentaires

L'apparition de vastes placards inflammatoires et pustuleux du cuir chevelu, associés à un syndrome fébrile, fait souvent évoquer à tort une infection bactérienne. L'antibiothérapie n'apporte alors aucun bénéfice et ne fait que retarder la prise en charge adaptée. Il arrive également que ces enfants soient confiés à une équipe chirurgicale pour une mise à plat de cette lésion, ce qui augmente nettement le risque d'alopecie cicatricielle définitive.

L'aspect est pourtant très évocateur d'une teigne inflammatoire (encore appelée kérion de Celse) et signe généralement la présence d'un dermatophyte transmis par un animal. Le *Trichophyton mentagrophytes* et le *Microsporum canis* sont les deux plus fréquemment retrouvés, en particulier transmis par les NAC (nouveaux animaux de compagnie: lapins,

MISES AU POINT INTERACTIVES

chinchillas, octodons et autres petits rongeurs) dans le cas de *T mentagrophytes*. Ce dernier provoque des kériens parfois associés à d'autres lésions cutanées: médaillons cutanés spécifiques, placards érythémateux mal limités et non spécifiques du nom de mycides, érythèmes noueux et plus rarement lésions de lupus induit [6].

Le diagnostic peut être aisément confirmé par un prélèvement de pus adressé dans un laboratoire de mycologie. La prise en charge thérapeutique consiste en l'administration orale de griséofulvine à une posologie proche de 25 mg/kg/j pendant 2 mois au moins, souvent prolongée de 1 à 2 mois selon l'évolution. Un traitement local concomitant par imidazolés ou ciclopiroxolamine a pour but de limiter les risques d'une éventuelle

contagiosité inter-humaine, considérée comme tout à fait exceptionnelle. Bien que controversée, une corticothérapie orale (1 mg/kg/j) est souvent associée pendant une dizaine de jours pour diminuer l'intensité de l'inflammation [7]. Enfin, l'éviction scolaire prolongée n'est pas justifiée une fois le traitement débuté.

Bibliographie

1. BOISSEAU AM, SARLANGUE J, PEREL Y *et al*. Perineal ecthyma gangrenosum in infancy and early childhood: septicemic and non-septicemic forms. *J Am Acad Dermatol*, 1992; 27: 415-418.
2. SCHOFIELD JK, TATNALL FM, LEIGH IM. Recurrent erythema multiforme: clinical features and treatment in a large series of patients. *Br J Dermatol*, 1993; 128: 542-545.
3. MARTINEZ AE, ATHERTON DJ. High-dose systemic corticosteroids can arrest recurrences of severe mucocutaneous erythema multiforme. *Pediatr Dermatol*, 2000; 17: 87-90.
4. ZIEBOLD C, VON KRIES R, LANG R *et al*. Severe complications of varicella in previously healthy children in Germany: a 1-year survey. *Pediatrics*, 2001; 108: E79.
5. MIKAELOFF Y, KEZOUH A, SUISSA S. Nonsteroidal anti-inflammatory drug use and the risk of severe skin and soft tissue complications in patients with varicella or zoster disease. *Br J Clin Pharmacol*, 2008; 65: 203-209.
6. BORALEVI F, LEAUTE-LABREZE C, ROUL S *et al*. Lupus-erythematosus-like eruption induced by *Trichophyton mentagrophytes* infection. *Dermatology*, 2003; 206: 303-306.
7. HUSSAIN I, MUZAFFAR F, RASHID T *et al*. A randomized, comparative trial of treatment of kerion celsi with griseofulvin plus oral prednisolone vs griseofulvin alone. *Med Mycol*, 1999; 37: 97-99.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflit d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.