Exanthèmes fébriles

Peter Itin
Dermatologie, Universitätsklinik Basel

Quintessence

- Il est essentiel de voir si l'état fébrile associé à l'éruption cutanée est dû à une infection, à une maladie auto-immune ou à un effet indésirable médicamenteux.
- La présence d'un énanthème dans le cadre d'un exanthème fébrile parle en faveur d'une cause infectieuse.
- Lorsque le prurit est le symptôme principal d'un exanthème fébrile, il s'agit le plus souvent d'un effet indésirable médicamenteux.
- Un état fébrile avec efflorescences principalement vésiculeuses suggère habituellement une origine virale, alors que les éruptions maculo-papuleuses pâles doivent plutôt faire évoquer un problème médicamenteux.

Le patient avec exanthème fébrile pose au médecin de premier recours un véritable défi diagnostic. Or, il est très important, dans ces situations, de poser le plus vite possible un diagnostic correct, car les traitements sont extrêmement différents les uns des autres et risquent d'être contre-productifs suivant l'étiologie de l'affection. Un éditorial publié récemment a cité une étude dans laquelle plus de 50% des patients présentaient un état fébrile dont l'origine n'a pas pu être établie [1]. Ceci souligne le rôle essentiel d'un bon examen clinique, l'éruption cutanée étant souvent la clé du diagnostic chez les patients fébriles.

Plus de 30% des patients hospitalisés présentent un état fébrile [2]. Les patients hospitalisés fébriles avec manifestations cutanées souffrent dans 45% des cas d'une infection expliquant la fièvre. Le psoriasis pustuleux, l'érythème noueux (fig. 1), l'érythème polymorphe, le syndrome d'hypersensibilité aux anticonvulsivants, le psoriasis érythrodermique et l'érythrodermie d'autre origine sont les principales étiologies non infectieuses des exanthèmes fébriles.

Le but du présent article est de donner au médecin de famille un outil lui permettant de faire une première évaluation face à une réaction cutanée fébrile et d'attribuer le tableau présenté par le patient plutôt à un effet indésirable médicamenteux, à une maladie auto-immune, à une manifestation paranéoplasique ou à une infection.

Peter Itin

L'auteur ne déclare aucun soutien financier, ni conflit d'intérêt en relation avec le présent article.

Erythémateux, vésiculaire ou papuleux?

Les adultes fébriles avec éruption cutanée présentent le plus souvent un tableau d'exanthème maculo-papuleux, que l'on rencontre principalement dans les intolérances médicamenteuses, mais aussi dans certaines infections comme la rougeole (fig. 2), la primo-infection du VIH, la syphilis (fig. 3) et les rickettsioses ou certaines maladies auto-immunes. L'exanthème érythémato-vésiculeux sans composante maculo-papuleuse est en général d'origine virale, par exemple Coxsackie, entérovirus ou échovirus [3]. Dans la varicelle, on voit parfois des efflorescences érythémateuses, papuleuses et surtout vésiculeuses associées à des croûtes (carte du ciel) (fig. 4). Il est aussi important de rechercher la présence d'un énanthème, qui suggère une étiologie infectieuse, le plus souvent virale, et parle plutôt contre une origine médicamenteuse [4]. Les exanthèmes purpuriformes s'observent plus particulièrement dans les infections à Parvovirus-B19 («purpuric gloves and socks syndrome»), plus rarement dans la rubéole. Les exanthèmes essentiellement pustuleux chez des enfants fébriles sont caractéristiques de l'acrodermatite papuleuse infantile de Gianotti-Crosti associée à différents types de virus. Les exanthèmes fébriles d'origine virale s'observent classiquement dans le cadre des maladies de l'enfance, notamment la rougeole, la rubéole, la varicelle, l'érythème infectieux (cinquième maladie) et l'érythème subit (fièvre de trois jours) [5, 6].

L'anamnèse et le status sont la clé

Le diagnostic correct d'un exanthème fébrile atypique requiert d'abord une anamnèse soigneuse et un examen clinique précis. Les examens biochimiques et microbiologiques sont ensuite importants pour l'orientation du diagnostic et aux fins du contrôle de qualité. En cas de doute, il est recommandé de demander un second avis auprès d'un dermatologue et de procéder à une biopsie cutanée. Dans un article publié récemment, sur 100 patients avec exanthème fébrile, 50% des cas étaient d'étiologie infectieuse [7]. Les infections les plus fréquentes étaient la rougeole, la varicelle, les rickettsioses et le syndrome du choc toxique, les effets indésirables médicamenteux et les collagénoses étant les causes les plus fréquentes dans les formes non infectieuses. Dans cette étude, 34% des cas étaient des exanthèmes maculo-papuleux et une participation des muqueuses était visible dans 25% des cas. La rougeole était particulièrement souvent en cause dans les énanthèmes. Les exanthèmes infectieux étaient souvent combinés avec des céphalées et des conjonctivites, tandis que les formes non infectieuses relevaient plutôt d'arthrites. Les exanthèmes comportant de couleur pâle avec des lésions bulleuses et des atteintes des muqueuses sont typiquement associés à des effets indésirables médicamenteux graves.

Figure 1
Syndrome de Behçet avec érythème noueux et pustules stériles isolées.

Figure 2
Exanthème rougeoleux.

Figure 3
Lues secondaire.

Figure 4
Varicelle.

Tableau 1
Etiologie des exanthèmes fébriles.

Dermato-logique		Psoriasis pustuleux Erythrodermie Dermatite atopique
Infectieux	Bactérien	Erysipèle Endocardite Scarlatine Rickettsiose Syndrome du choc toxique Fascite nécrosante Pemphigus néonatal (Staphylococcal Scalded Skin Syndrome – SSSS) Syphilis Borréliose Typhus abdominal
	Viral	Rougeole Rubéole Varicelle Pityriasis rosé de Gibert (HHV 6/7) Phénomènes de Gianotti-Crosti (nombreux virus) Exanthème asymétrique périflexural Mononucléose VIH Syndrome pieds-mains-bouche (Coxsackie)
Médicamen-teux		Nécrolyse épidermique toxique Syndrome de Stevens-Johnson Erythème polymorphe DRESS Exanthème maculo-papuleux/urticarien
Rhumatismal		Lupus érythémateux disséminé (fig. 8) Dermatomyosite Syndrome de Still Syndrome de Schnitzler Fièvre rhumatismale Syndrome de Behçet
Associé à une affection maligne		Syndrome de Sweet Lymphome à cellules T

Figure 5
Nécrolyse épidermique toxique.

Figure 7
Vasculite.

Figure 6
Erysipèle.

Figure 8
Lupus érythémateux systémique fébrile.

Une étude sur les exanthèmes atypiques a inclus une série de 260 patients consécutifs , 108 enfants et 152 adultes [4]. La documentation a porté sur les données démographiques, le type d'exanthème, la morphologie, la symptomatologie clinique et l'évolution. Sept différents modèles morphologiques ont ainsi été identifiés: érythème maculeux, érythème papuleux, érythème maculo-papuleux, exanthème érythémato-vésiculeux et érythème maculo-papuleux avec pétéchies et érythème pustuleux, ainsi que lésions urticariennes. 94 cas étaient dus à des virus, 38 à des bactéries, 65 à des médicaments et 3 à des parasites; un exanthème a été causé à la fois par une infection virale et un médicament. Des 25 cas avec pétéchies, 19 étaient d'étiologie infectieuse, dont 12 virale et 7 bactérienne. 61 des 69 patients avec énanthème souffraient d'une infection. Lorsque le prurit est au premier plan, il s'agit le plus souvent d'un exanthème médicamenteux.

Infection virale ou bactérienne?

Les manifestations cutanées des maladies infectieuses peuvent être classées de différentes manières (tab. 1). La classification peut se faire en fonction de l'étiologie virale, bactérienne, fongique ou parasitaire ou en fonction de la sévérité (nécrolyse épidermique toxique, syndrome de Stevens-Johnson, érythème polymorphe, DRESS, pustulose exanthématique aiguë généralisée, exanthème maculo-papuleux médicamenteux, rash urticarien) (fig. 5). Dans les exanthèmes viraux, on évoquera essentiellement la rougeole, la rubéole, la mononucléose infectieuse, la varicelle, l'herpès zona, l'herpès simple et l'infection aiguë par le VIH. Les agents bactériens responsables de manifestations cutanées dans les affections infectieuses réalisent notamment le tableau d'un érysipèle (fig. 6), d'une endocardite, d'un typhus, d'une tuberculose miliaire, d'une syphilis, d'une borré-

liose, d'une septicémie à méningocoque, du syndrome du choc toxique et d'une scarlatine. Une atteinte palmoplantaire s'observe souvent dans les effets indésirables médicamenteux graves, mais aussi dans certaines affections infectieuses, en particulier les rickettsioses, la rougeole, la syphilis, le pemphigus néonatal ou syndrome de Ritter (Staphylococcal Scalded Skin Syndrome – SSSS) et l'endocardite infectieuse.

Variantes d'exanthèmes pour rappel

Le spectre des maladies fébriles avec exanthème au retour de voyages est assez large. Dans les exanthèmes maculo-papuleux, on pensera certes à une intolérance médicamenteuse, mais aussi à une rickettsiose et à une infection ubiquitaire, telle qu'une rougeole, une syphilis, une borréliose, un érysipèle, une pyodermie ou un VIH. Les exanthèmes hémorragiques peuvent être l'expression d'une infection à rickettsie, d'une fièvre dengue ou encore d'une vasculite (fig. 7).

Correspondance:
Prof. Peter Itin
Médecin-chef du département de dermatologie
Unispital Basel
Petersgraben 4
CH-4031 Basel
peter.itin[at]unibas.ch

Références

1 Horowitz HW. Fever of unknown origin or fever of too many origins? N Engl J Med. 2013;368:197–9.
2 Göktay F, Ceran N, Aydingöz EI, Mansur AT. Characteristics of fever, etiologic factors, antibiotic use and prognosis in febrile dermatology inpatients. Int J Dermatol. In press.
3 Drago F, Rampini P, Rampini E, Rebora A. Atypical exanthems: morphology and laboratory investigations may lead to an etiological diagnosis in about 70% of cases. Br J Dermatol. 2002;147:255–60.
4 Drago F, Paolino S, Rebora A, et al. The challenge of diagnosing atypical exanthems: a clinico-laboratory study. J Am Acad Dermatol. 2012;67:1282–8.
5 Fölster-Holst R, Kreth HW. Virale Exanthemerkrankungen bei Kindern – Infektiöse (direkte) Exanthemerkrankungen. Teil 1: Klassische Exantheme. JDDG. 2009;7:309–17.
6 Fölster-Holst R, Kreth HW. Virale Exanthemerkrankungen bei Kindern. Infektiöse (direkte) Exanthemerkrankungen. Teil 2: Weitere virale Exanthemerkrankungen. JDDG. 2009;7:414–9.
7 Tabak F, Murtezaouglu A, Tabak O, et al. Clinical features and etiology of adult patients with fever and rush. Ann Dermatol. 2012;24:420–5.