

Il n'est pas possible d'illustrer toutes les manifestations cutanées des urgences médicales. Voici certains signes essentiels qui orientent vers des maladies pouvant mettre en jeu le pronostic vital. L'approche sémiologique, directement applicable en pratique quotidienne, est privilégiée à l'approche nosographique dans cette partie de l'ouvrage pour aborder quelques signes qui confèrent un caractère de gravité et/ou d'urgence à une situation clinique donnée.

Exanthèmes et macules érythémateuses

[*exanthema*] [*erythematous macule*]

L'exanthème désigne historiquement les manifestations cutanées apparaissant lors de certaines maladies infectieuses. Ce terme est aujourd'hui utilisé pour désigner des lésions cutanées apparaissant de façon éruptive et couvrant assez rapidement tout ou partie du tégument (cf. chapitre 4). Un énanthème désigne l'atteinte muqueuse qui peut lui être associée.

Les causes des exanthèmes sont détaillées dans le chapitre 21. Un exanthème peut notamment révéler une des urgences thérapeutiques suivantes : infection grave (méningococcémie, septicémie, endocardite, primo-infection VIH, etc.), ainsi que la maladie de Kawasaki et d'autres maladies toxiques. Outre les signes généraux, c'est surtout un érythème généralisé, avec œdème des extrémités et signes muqueux, suivi d'une desquamation en lambeaux (ou d'un décollement cutané superficiel), qui doit faire évoquer ces autres maladies toxiques (syndrome du choc toxique staphylococcique notamment, mais aussi syndrome du choc streptococcique, épidermolyse staphylococcique, etc.). Les toxidermies, autre cause très commune d'exanthème, dont certaines sont graves, sont abordées ailleurs (cf. Réactions cutanées aux médicaments [RCM] chapitre 13 et Bulles et décollement cutané plus loin dans ce chapitre).

Maladie de Kawasaki

Quoique rare, elle doit être systématiquement évoquée devant un exanthème (quelle que soit la sémiologie) de l'enfant (fig. 15.1 et 15.2), surtout entre 1 et 5 ans, tant le pronostic dépend du diagnostic et du traitement précoces par immunoglobulines intraveineuses et aspirine. Non traitée, jusqu'à 25 % des enfants développent des

complications anévrismales cardio-vasculaires graves. Les critères diagnostiques sont une fièvre en plateau (> 5 jours), une conjonctivite (fig. 15.3), une atteinte oropharyngée (chéilite, langue chargée puis décapillée et framboisée), un œdème plus ou moins érythémateux des extrémités (fig. 15.4) (et plus tard une desquamation caractéristique en doigt de gants, souvent à début périunguéal), un exanthème et des adénopathies cervicales. La topographie de l'exanthème au siège est



Fig. 15.1

Maladie de Kawasaki. Érythème rose à rouge avec des stries linéaires d'allure dermatograpiques sous les langes.

L'exanthème de la maladie de Kawasaki est assez polymorphe, mais il prédomine souvent dans l'aire du maillot de bain.

Cas du Pr Boralevi (Bordeaux).



Fig. 15.2

Maladie de Kawasaki. Exanthème maculopapuleux peu confluent diffus.

Noter aussi la chéilite.

Cas du Pr Boralevi (Bordeaux).



Fig. 15.3

Maladie de Kawasaki. Érythème conjonctival et état général visiblement altéré.

Cas du Pr Boralevi (Bordeaux).



Fig. 15.5

Maladie de Kawasaki.

Réactivation du BCG, qui devient inflammatoire avec ici un aspect en cible avec un centre surélevé et une périphérie également moins surélevée et moins érythémateuse.

Cas du Pr Boralevi (Bordeaux).



Fig. 15.4

Maladie de Kawasaki. Érythème et œdème palmaire.

Cas du Pr Boralevi (Bordeaux).



Fig. 15.6

Méningococcémie chronique.

Exanthème papuleux monomorphe avec aspect plus foncé central de certaines lésions.

Cas du Dr Cuny (Nancy).

caractéristique (fig. 15.1); cependant, il peut être généralisé, maculopapuleux (fig. 15.2), érythémateux diffus ou urticarien. Une réactivation du BCG est classique (fig. 15.5). L'état général est presque toujours fortement altéré.

Pour en savoir plus

Sundel RP. Kawasaki disease. *Rheum Dis Clin North Am.* 2015; 41 (1): 63–73.

Septicémies

Elles peuvent avoir de nombreuses manifestations dermatologiques qu'il n'est pas possible de toutes aborder ici. Certaines septicémies sont chroniques et peuvent se manifester par un exanthème, comme une méningococcémie B chronique (fig. 15.6); elles peuvent

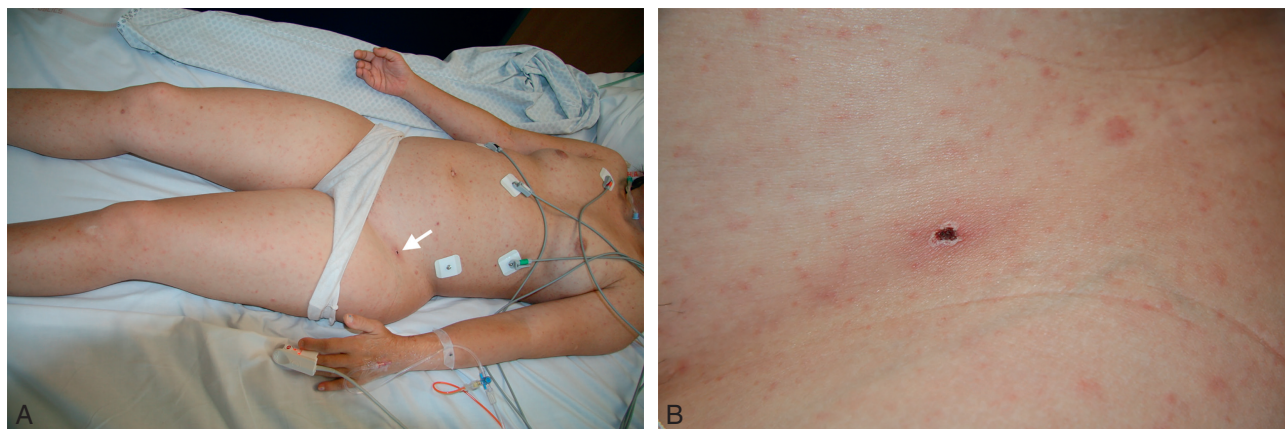


Fig. 15.7

Rickettsiose à *Rickettsia conorii*.

Fièvre boutonneuse méditerranéenne. Exanthème monomorphe maculopapuleux imposant la recherche de l'escarre d'inoculation (A, flèche et B).

cependant devenir foudroyantes, d'où le dogme de faire des hémocultures devant chaque exanthème fébrile, surtout s'il est récurrent, associé à des douleurs articulaires et/ou tendineuses ou d'une altération de l'état général. L'exanthème des rickettsioses éruptives est souvent monomorphe (fig. 15.7A), maculopapuleux, constitué de lésions mesurant en moyenne 5 mm, érythémateuses, parfois purpuriques et imposant de chercher une lésion croûteuse correspondant à l'escarre d'inoculation (fig. 15.7B). La triade classique suivante caractérise les rickettsioses éruptives : fièvre, céphalées, myalgies.

Il est d'autant plus important d'évoquer cette hypothèse diagnostique que le principal facteur pronostique des infections bactériennes graves est la précocité de la mise en place de l'antibiothérapie. Les rickettsioses doivent être traitées par cyclines.

Pour en savoir plus

Miguel-Gomez L, Bagazgoitia L, Hermosa-Gelbard A, Sanchez-Neila N, Lopez-de Pedro A, Quiñones-Coneo K. Chronic meningococemia in an immunocompetent child. *J Paediatr Child Health*. 2016; 52 (8) : 853-4.
 Caumes E. Infections bactériennes systémiques. In : Bessis D. Manifestations dermatologiques des maladies infectieuses, métaboliques et toxiques. Paris : Springer; 2008.

Lipsker D, Berbis P. Rickettsioses. In : Saurat JH, Lipsker D, Thomas L, Borradori L, Lachapelle JM, eds. *Dermatologie et infections sexuellement transmissibles*, 6^e édition. Paris : Elsevier/Masson; 2017.

Choc anaphylactique

Un érythème d'installation soudaine (fig. 15.8A) ou une bouffée vasomotrice peuvent être une manifestation d'un choc anaphylactique, qu'ils s'accompagnent ou non de lésions urticariennes typiques (fig. 15.8B, cf. aussi Urticaire chapitre 13). Ces lésions s'accompagnent alors volontiers d'un prurit palmoplantaire et/ou du cuir chevelu et souvent déjà de manifestations de gravité comme une modification de la voix, une dyspnée, des crampes abdominales et/ou diarrhées, une hypotension ou un choc. Une prise en charge immédiate est nécessaire : surélever les jambes, voie d'abord, remplissage, oxygénothérapie, stéroïdes, mais surtout et avant tout, adrénaline.

Pour en savoir plus

Zilberstein J, McCurdy MT, Winters ME. Anaphylaxis. *J Emerg Med*. 2014; 47 (2) : 182-7.