

EDN

en **fiches** et en **schémas**

Collection dirigée par **Jean Lemoine**

DERMATOLOGIE

- **Le programme en fiches synthétiques**
- **Une fiche par item**
- **Avec schémas, iconographies et tableaux**



Joseph Le Moulec

113 – Hémangiomes et malformations vasculaires cutanées

Rang	Rubrique	Intitulé
A	Définition	Savoir définir un hémangiome et son histoire naturelle
A	Diagnostic positif	Connaître les signes cliniques d'un hémangiome
B	Diagnostic positif	Connaître les principaux diagnostics différentiels des hémangiomes
A	Identifier une urgence	Connaître les localisations à risque et les complications des hémangiomes
B	Diagnostic positif	Savoir diagnostiquer un angiome plan
B	Suivi et/ou pronostic	Connaître les complications d'une malformation veineuse
B	Suivi et/ou pronostic	Connaître les complications d'une malformation artérioveineuse

Différencier hémangiome et malformation vasculaire

	Hémangiome		Malformation vasculaire		
			Angiome plan	Veineuse	Artérioveineuse
Début	1 ^{ers} jours/semaines de vie		À la naissance		
Évolution	Croissance (quelques mois) Régression (2 à 10 ans) Disparition sans séquelle (50 % des cas)		Stabilité Voire aggravation		
Souffle	NON		NON	NON	OUI
Frémissement	NON		NON	NON	OUI
Aspect clinique	Superficiel Rouge vif Nodule	Profond Bleuté Élastique	Tache rouge plane, disparaît à la pression	Tuméfaction bleutée molle dépressible	Tache rouge plane puis tuméfaction
Topographie	Partout		Partout	Extrémités Visage	Extrémités Oreilles Cuir chevelu
Flux Doppler	Rapide		Lent	Lent	Rapide

Hémangiome du nourrisson

Épidémiologie

Prévalence de 10 %

Plus fréquent en cas de :

- Sexe féminin
- Prématurité
- Faible poids de naissance

Diagnostic positif clinique



Hémangiome

Localisations à risque et complications

10 % des hémangiomes sont situés au niveau de zones à risque de complications :

- Siège, lèvres, plis → Ulcération (douleurs, surinfection, saignements, cicatrice)
- Orbito-palpébraux → Amblyopie (œil occlus, astigmatisme, déplacement du globe)
- Pointe du nez → Déformation du cartilage nasal
- Sous-glottiques → Détresse respiratoire sur obstruction laryngée ou trachéale
 - Association fréquente avec des hémangiomes mandibulaire, mentonnier, cervical, de la lèvre ou de la langue
- Hémangiomatose miliaire → Insuffisance cardiaque à haut débit par l'association fréquente à des hémangiomes viscéraux (hépatiques +++)

B

Traitement

La grande majorité des hémangiomes ne nécessite pas de traitement. Dans certaines situations, le Propranolol *per os* est indiqué :

- Régression incomplète
- Localisation à risque (cf. *supra*)
- Risque de séquelle esthétique

B

Diagnostic différentiel

- Tumeur maligne → Biopsie au moindre doute
- Malformations vasculaires (cf. tableau *supra*)

Complications des malformations vasculaires de l'enfant

Angiomes veineux

- Épisodes de microthromboses douloureux évoluant vers la calcification
- Coagulation intravasculaire localisée dans les formes volumineuses

Malformations artérioveineuses

- Hémorragies
- Nécrose ischémique
- Invasion locorégionale
- Insuffisance cardiaque à haut débit

114 – Exanthème et érythrodermie de l'enfant et de l'adulte

Rang	Rubrique	Intitulé
A	Définition	Définition d'un exanthème
A	Définition	Définition d'une érythrodermie
A	Diagnostic positif	Reconnaître les trois types sémiologiques d'exanthème
B	Diagnostic positif	Reconnaître l'éruption du mégalérythème épidémique
B	Diagnostic positif	Reconnaître le rash à l'ampicilline lors d'une infection à <i>Epstein-Barr virus</i>
A	Diagnostic positif	Connaître les complications systémiques de l'érythrodermie
A	Diagnostic positif	Savoir diagnostiquer une épidermolyse staphylococcique
B	Identifier une urgence	Connaître les signes cliniques du syndrome de Kawasaki
A	Identifier une urgence	Savoir que l'érythrodermie est une urgence et savoir la prendre en charge
A	Étiologies	Connaître la principale cause d'exanthème chez l'enfant et chez l'adulte
B	Étiologies	Connaître les trois causes d'exanthème à évoquer systématiquement chez l'adulte
B	Étiologies	Connaître les quatre causes principales d'exanthème roséoliforme
B	Étiologies	Connaître les trois causes principales d'exanthème morbilliforme
B	Étiologies	Connaître les deux causes principales d'exanthème scarlatiniforme
B	Étiologies	Connaître les quatre principaux exanthèmes à risque chez la femme enceinte
A	Étiologies	Savoir évoquer une rougeole chez l'enfant et chez l'adulte
A	Étiologies	Connaître trois causes d'érythrodermie chez l'adulte
B	Contenu multimédia	Reconnaître une langue framboisée
A	Contenu multimédia	Reconnaître un exanthème morbilliforme
A	Contenu multimédia	Reconnaître un exanthème scarlatiniforme
A	Contenu multimédia	Reconnaître une érythrodermie
B	Contenu multimédia	Reconnaître un mégalérythème

Rang	Rubrique	Intitulé
A	Diagnostic positif	Exanthèmes fébriles de l'enfant : type d'éruption
A	Identifier une urgence	Exanthèmes fébriles de l'enfant : évaluation de la gravité
A	Diagnostic positif	Exanthèmes fébriles de l'enfant : orientation diagnostique
A	Étiologies	Maladies infectieuses éruptives : rougeole
A	Étiologies	Maladies infectieuses éruptives : rubéole
A	Étiologies	Maladies infectieuses éruptives : mégalérythème épidémique

Rang	Rubrique	Intitulé
A	Étiologies	Maladies infectieuses éruptives : exanthème subit
A	Étiologies	Maladies infectieuses éruptives : mononucléose infectieuse
A	Étiologies	Maladies infectieuses éruptives : scarlatine
A	Étiologies	Maladies infectieuses éruptives : maladie de Kawasaki
A	Étiologies	Maladies infectieuses éruptives : varicelle

Exanthèmes

Définition

Exanthème = érythème d'apparition brutale et transitoire

Énanthème = érythème muqueux

L'exanthème est divisé en 3 types :

- **Roséoliforme** (ou rubéoliforme) = petites macules rosées, pâles, bien séparées
- **Morbilliforme** = macules et papules rouges, pouvant confluer en plaques séparées par un intervalle de peau saine
- **Scarlatiniforme** = plaques diffuses rouge vif, granitées à la palpation, sans intervalle de peau saine

Diagnostic étiologique

2 cadres étiologiques principaux :

- Infectieux (viral ++ et bactérien)
- Médicamenteux (toxidermie)

Chez l'adulte, les 3 étiologies principales sont le VIH, la Syphilis, et les toxidermies.

Les différentes étiologies possibles sont réparties en fonction des trois types d'exanthème :

Roséoliforme	Morbilliforme	Scarlatiniforme
• Roséole	• Rougeole	• Scarlatine
• Rubéole	• Mégalérythème épidémique	• Syndrome de Kawasaki
• Syphilis secondaire	• Mononucléose infectieuse	• Toxidermie
• VIH	• VIH	
	• Toxidermie	
	• Syndrome de Kawasaki	



Exanthème roséoliforme



Exanthème morbilliforme



Exanthème scarlatiniforme

B

En dehors d'une cause évidente, on réalise :

- NFS
- Bilan hépatique
- Sérologie MNI
- VDRL/TPHA
- Sérologie combinée VIH + charge virale VIH

Roséole (ou exanthème subit)

- Primo-infection par HHV6
- Nourrisson de 6 à 24 mois
- Souvent asymptomatique
- Fièvre isolée d'apparition brutale, puis poussée de l'exanthème prédominant sur le tronc en concomitance avec la chute de la fièvre
- Traitement symptomatique, pas d'éviction de la collectivité

Rubéole

- Primo-infection par le *Rubivirus*
- Entre 15 et 25 ans
- Incubation de 3 semaines
- Exanthème descendant de la face au thorax en une poussée sur 72 heures chez un patient non vacciné

- Traitement symptomatique, pas d'éviction de la collectivité
- Maladie à déclaration obligatoire
- Risque chez la femme enceinte avant 18 SA d'embryofoetopathie sévère (atteinte neurologique et sensorielle)

Rougeole

- Primo-infection au *Morbillivirus* (paramyxovirus)
- Incubation de 10 à 12 jours
- Contagiosité 5 jours avant l'éruption jusqu'au 5^e jour après son début
- Phase pré-éruptive :
 - Fièvre élevée
 - Catarrhe oculo-nasal
 - Signe de Köplick pathognomonique
 - Conjonctivite
- Exanthème débutant en région rétro-auriculaire s'étendant vers la face et le reste du corps en descendant en une seule poussée
- Complications possibles de pneumopathie, encéphalite
- Traitement symptomatique
- Éviction de la collectivité pendant 5 jours après le début de l'éruption
- Maladie à déclaration obligatoire (confirmation paraclinique par PCR)

Mégalérythème épidémique

- Primo-infection au *Parvovirus B19*
- Entre 5 et 10 ans
- Incubation de 14 jours
- Contagiosité seulement à la phase pré-éruptive (fièvre modérée)
- Phase éruptive :
 - Érythème en guirlande des joues puis s'étendant en descendant
 - Érythème en gants et en chaussettes
 - Arthralgies associées
- Cas particuliers :
 - Hémolyse chronique → Risque d'érythroblastopénie
 - Femme enceinte → Risque d'anasarque foetoplacentaire, anémie foetale

Mononucléose infectieuse

- Primo-infection à EBV (*Epstein-Barr virus*)
- Chez l'adolescent
- Incubation de 4 à 6 semaines
- Contagiosité jusqu'à 6 mois après la phase aiguë
- Signes cliniques :
 - Fièvre d'intensité variable
 - Asthénie profonde
 - Angine érythématopultacée ou pseudo-membraneuse
 - Polyadénopathie cervicale bilatérale
 - Splénomégalie
 - Exanthème inconstant favorisé par la prise de pénicilline A

- Signes biologiques :
 - Syndrome mononucléosique
 - Cytolyse hépatique
 - CRP augmentée
- Confirmation paraclinique : Sérologie EBV (IgM anti-VCA + et IgG anti-EBNA –)
- Traitement symptomatique, pas d'éviction de la collectivité

Scarlatine

- Infection causée par le streptocoque (de groupe A) sécréteur d'exotoxines
- Entre 5 et 10 ans
- Incubation de 2 à 4 jours
- Contagiosité jusqu'à 48 heures après mise sous traitement
- Angine rouge fébrile, langue framboisée
- Éruption prédominant aux grands plis
- Examen paraclinique : TDR SGA
- Amoxicilline *per os* 6 jours 50 mg/kg par jour
- Éviction de la collectivité pendant 48 heures après le début du traitement

Syndrome de Kawasaki

- Fièvre > 5 jours mal tolérée
- Généralement chez un enfant < 5 ans
- Au moins 5 signes parmi les 6 suivants :
 - Conjonctivite bilatérale
 - Énanthème (chéilite, stomatite, pharyngite)
 - Exanthème polymorphe
 - Adénopathies > 1,5 cm
 - Érythème et œdème des extrémités
 - Desquamation en doigt de gant des extrémités
- ⇒ *Discordance avec le référentiel de Pédiatrie qui classe les 2 derniers signes en un seul signe (donc diagnostic si au moins 4 signes parmi les 5)*
- Risque d'anévrismes coronariens, myocardite, péricardite (ETT systématique)
- Hospitalisation avec Immunoglobulines IV polyvalentes + Aspirine

Érythrodermie

Diagnostic positif

Érythème confluant avec desquamation atteignant plus de 90 % de la surface corporelle pendant au moins 6 semaines.

■ Signes associés dermatologiques

- Prurit constant
- Pachydermie
- Œdème du visage
- Énanthème
- Atteinte des phanères (chute des cheveux, ongles dystrophiques)



Érythrodermie

■ Signes généraux

- Épisodes de fièvre et d'hypothermie
- Polyadénopathie
- Altération de l'état général
- Troubles hémodynamiques et hydroélectrolytiques

Diagnostic étiologique

L'interrogatoire, l'examen clinique complétés par une biopsie cutanée sont essentiels pour distinguer les différentes causes d'une érythrodermie.

Adulte	Enfant
Inflammatoire <ul style="list-style-type: none"> • Psoriasis • Eczéma/dermatite atopique • Toxidermies (DRESS) • Lichen plan 	< 3 mois <ul style="list-style-type: none"> • Maladie de Leiner-Moussous (Dermatite séborrhéique)
Tumoral <ul style="list-style-type: none"> • Syndrome de Sézary (Lymphome T) 	> 3 mois <ul style="list-style-type: none"> • Dermatite atopique • Voir adulte
Infectieux <ul style="list-style-type: none"> • VIH • Gale hyperkératosique 	
Idiopathique	

B

B

Complications

Le taux de mortalité peut atteindre 20 %.

- Troubles hydroélectrolytiques (examens biologiques systématiques)
- Complications du décubitus
- Surinfections cutanées bactériennes ou virales et infections générales

Traitement

- Hospitalisation en urgence
- Réchauffement et rééquilibration hydroélectrolytique
- Dermocorticoïdes d'activité très forte (en cas de forme grave)