

DERMATOLOGIE DE L'ENFANT

PLAN :

I- Introduction

II- Lésions élémentaires en dermatologie

1- l'érythème

2- La papule

3- Le nodule

4- La vésicule

5- La bulle

6- La pustule

7- La croûte

8- Les squames

9- L'hyperkératose

10- L'Ulcération

III- Principes du diagnostic

A- L'Interrogatoire

B- L'Examen clinique

C- Les Examens complémentaires

IV- L'Erythème fessier

A- L'Erythème fessier par irritation

B- L'Erythème fessier à candida albicans

C- L'Erythème fessier dans la dermatite séborrhéique

D- Pathogénie

E- Traitement

V- La dermatite séborrhéique

VI- La dermatite atopique

VII- Les Infections cutanées

A- Bactériennes

B- Virales

C- Parasitaires

VIII- ~~Conclusion~~ syndrome de Lyell

IX- Conclusion.

DERMATOLOGIE DE L'ENFANT

I- Introduction :

- Motif fréquent de consultation en pédiatrie générale.
- L'examen de la peau est un temps essentiel dans l'examen clinique de l'enfant.
- Le diagnostic est le plus souvent clinique.

II- Les lésions élémentaires en dermatologie :

1- L'Erythème :

- Rougeur congestive de la peau, disparaissant à la pression.

2- La papule :

- Petite élévation solide de moins de 1 cm de diamètre.

3- Le nodule :

- Petite tumeur circonscrite à l'hypoderme.

4- La vésicule:

- Petit soulèvement sous ou intra épidermique moins de 1 cm, sous lequel est collecté un peu de liquide clair.

5- La bulle :

- Une grande vésicule.

6- La pustule :

- Une bulle contenant du liquide purulent.

7- La croûte :

- Concrétions résultant de la dessiccation de sérosité, de pus ou de sang.

8- Les squames :

- Lamelles épidermiques caduques.

9- L'hyperkératose :

- Épaississement de la couche cornée.

10- L'Ulcération:

- Perte de substance cutanée de dimension et de profondeur variable.

III- Les principes du diagnostic :

A- Interrogatoire : à la recherche de :

- Début.
- Mode de début : fièvre ...
- Evolution : aigue, chronique.
- Facteur déclenchant : alimentaire ou prise médicamenteuse
- Autres signes associés : articulaires, muqueux
- Médicaments utilisés et leurs effets sur l'évolution de la maladie.

B- L'Examen clinique: doit être:

- Le plus complet possible.
- Sur un malade nu.
- Sous un bon éclairage.
- Ne pas oublier le cuir chevelu et les plis : inter fessier, orteils, et retro auriculaires.
- Identifier le type de lésions élémentaires : orientation étiologique.
- Identifier la topographie.
- Modifications secondaires : grattage et surinfection.

C- Les examens complémentaires:

Ne sont pas nécessaires si le diagnostic clinique est évident.

- Prélèvements microbiologiques.
- Biopsie cutanée.
- Bilan sanguin : sérologies virales, marqueurs de maladies inflammatoires auto-immunes : lupus érythémateux.

IV- L'érythème fessier :

- Fréquent chez le nourrisson.
- 03 causes possibles :
 - Irritation.
 - Dermatite à candida albicans
 - Dermatite séborrhéique

A- L'Erythème fessier par irritation :

- Affecte les surfaces convexes des fesses, des cuisses et de l'abdomen.
- Epargne les plis inguinaux et interfessier.
- Fréquent entre 7 et 12 mois.
- Possibilité d'ulcération.
- Succède souvent à une diarrhée.

B- L'Erythème fessier à candida albicans :

- Erythème rouge, vif, confluent.
- Atteinte des plis : inguinaux et interfessiers.
- Des papules rouges satellites ou des pustules sont fréquentes en périphérie.
- La surinfection à candida albicans est fréquente quand l'érythème fessier dure plus de 72h.
- Les prélèvements mycologiques retrouvent des levures bourgeonnantes.
- Association fréquente à un muguet buccal : candidose buccale.

C- L'Erythème fessier dans la dermatite séborrhéique

- Caractérisé par : - une atteinte des plis inguinaux.
 - La présence de squames jaunâtres
 - Un casque séborrhéique peut faire saillie sur le cuir chevelu, il met sur la piste du diagnostic correct.

D-Pathogénie : plusieurs facteurs interfèrent dans la genèse de l'érythème fessier :

- L'humidité.
- La macération.
- L'occlusion.
- La présence de candida et de bactéries dans les selles.
- Lésions de l'épiderme.
- Les lipases et les protéases fécales.

E- Traitement :

Repose essentiellement sur des mesures d'hygiène :

- Elimination des substances en contact (urine et selles).
- Faire cesser l'humidité et la macération par renouvellement fréquent des changes.
- L'utilisation de crème barrière est permise une fois que la dermatite a disparu.
- Réduire l'usage des agents irritants et se servir d'eau et de savon doux pour le nettoyage.
- En cas de surinfection candidosique un traitement antifongique topique après chaque changement de couche jusqu'à guérison.

V- La dermatite séborrhéique :

- Survient chez le nourrisson entre 4 et 06 mois.
- Touche le cuir chevelu, le milieu du visage, le thorax et le périnée (L'Erythème fessier).
- le casque séborrhéique est fait de squames grasses jaunâtres qui se détachent facilement sur une base érythémateuse.
- Le prurit est minime ou absent
- La séborrhée réfractaire persistante peut être un signe d'une infection à VIH.

Pathogénie :

- Une accumulation excessive de sébum est incriminée.
- Augmentation de la présence de pityrosporum ovale (malessezia furfur).

Traitement :

- Une crème corticoïde de faible puissance deux fois par jour est généralement nécessaire pendant moins de 7 jours.
- Shampooining kératolytique et anti mycosique.
- Possibilité de récurrence après traitement.

VI- la dermatite atopique

- C'est l'une des principales dermatoses de l'enfant.
- Une atopie personnelle ou familiale est souvent retrouvée : asthme, rhinite allergique, allergie aux protéines de lait de vache.
- Le diagnostic est clinique avec la combinaison d'une éruption érythémato-croûteuse et suintante avec un prurit perturbant le sommeil et une sécheresse cutanée (la xérose).
- L'atteinte faciale et celle des zones d'extension est prédominante chez le nourrisson, chez l'enfant plus grand, l'atteinte des zones de flexion est caractéristique.
- Les formes généralisées traduisent une atteinte sévère.
- C'est une dermatite chronique et récurrente.
- La pathogénie incrimine une perturbation de l'immunité humorale avec une élévation des IGE, ainsi que l'immunité cellulaire avec une diminution des lymphocytes T suppresseurs et des anomalies du chimiotactisme des leucocytes polynucléaires et monocytes.

Traitement :

- Élimination des facteurs favorisant l'irritation et la sécheresse cutanée : bains chauds, savon, chaleur, vêtements irritants.
- Utilisation d'émollients, de savon surgras ou un nettoyant sans savon.
- Les corticoïdes topiques en cas de poussées, ou systémique pour les formes systémiques.
- Les immunosuppresseurs pour les formes réfractaires.
- Antibiothérapie en cas de surinfection : locale et par voie orale.
- Tenir compte des facteurs psychologiques.

VII- Les Infections cutanées

Bactériennes, virales ou parasitaires

A- Bactériennes :

L'impétigo:

- C'est une infection cutanée à staphylocoque doré ou à streptocoque beta hémolytique du groupe A.
- Se manifeste par des lésions, vésiculeuses parfois bulleuses, crouteuses autour de la bouche et du nez, mais peuvent également toucher les membres.
- Le traitement est basé sur :
 - Une antibiothérapie locale ou générale si nécessaire.
 - Eviction scolaire.
 - Lavage fréquent des mains.

L'érysipèle:

- C'est une inflammation aigue dermo-épidermique.
- Le germe le plus souvent responsable est le streptocoque bêta hémolytique, le staphylocoque peut être responsable également.
- Le début est brutal avec apparition de fièvre et d'un placard rouge oedématié, douloureux, avec un bourrelet en périphérie siégeant au niveau des membres ou du visage.
- Sur le plan biologique : un syndrome inflammatoire avec élévation des ASI.O.
- Le traitement de premier choix se portera sur une pénicilline active contre les streptocoques et le staphylocoque (producteur de B lactamase) tel que l'amoxicilline- acide clavulanique.

La staphylococcie maligne de la face:

- C'est une infection grave à staphylocoque, qui peut être mortelle.
- C'est une urgence thérapeutique.
- Secondaire à la manipulation d'un furoncle du visage.
- Le début est brutal avec fièvre élevée et œdème du visage, et un état septicémique.
- Peut se compliquer de thrombophlébite du sinus caverneux et de méningite.
- L'évolution peut être mortelle d'où l'intérêt d'un traitement antibiotique précoce, visant le staphylocoque par voie intraveineuse.

• B- Virales: exp

L'herpès :

- HSV1 : responsable de gingivostomatite chez l'enfant.
- HSV2 : responsable de l'herpe génitale et l'herpes néonatale.
- L'herpes est grave chez le nouveau né et l'enfant atopique.
- Le traitement est basé sur l'aciclovir, sirop en cas de gingivostomatite, en intraveineux à 60 mg/m2 si herpes néonatal.

La varicelle :

- Maladie contagieuse secondaire au virus de la varicelle-zona.
- L'incubation est de 10 à 20 jours.
- Sur le plan clinique, la maladie se manifeste par : une fièvre, éruption cutanée vésiculeuse puis crouteuse au niveau du cuir chevelu, le corps et les muqueuses.
- La guérison survient en 7 à 10 jours.
- L'immunité acquise est définitive.
- Particulièrement redoutable chez les immunodéprimés nécessitant un traitement IV par aciclovir.
- L'évolution peut se compliquer par la survenue d'une pneumopathie varicelleuse, La surinfection bactérienne, une ataxie cérébelleuse, un syndrome de Rey.
- Le traitement est symptomatique : antipyrétique + antihistaminique pour le prurit
- L'aspirine et les autre AINS sont contre indiqué car risque de syndrome de Rey (encéphalopathie et atteinte hépatique)
- Nécessité de l'éviction scolaire.
- Soins locaux à l'eau tiède, savon et antiseptique.
- La vaccination est réalisée dans certains pays.

C- Parasitaires: exp

- La gale.
- Les teignes de la peau glabre et du cuir chevelu.

VIII Le syndrome de Lyell: une affection grave qui survient lors de la prise de certains médicaments : AINS, antibiotiques, antipyrétiques, ou une infection staphylococcique.

IX Conclusion :

- Les dermatoses de l'enfant et du nourrisson constituent un motif fréquent de consultation.
- Le diagnostic est souvent clinique.

Bon Courage