

DERMATOLOGIE PEDIATRIQUE

Le 27/10/2016

Faculté de médecine de Constantine

EHS Sidi Mebrouk

Module de pédiatrie

Dr. Keghouche .S

I . INTRODUCTION :

- L'examen de la peau fait partie intégrante du suivi médical de l'enfant et particulièrement celui du nourrisson.
- Il répond à trois objectifs principaux :
 1. Conseiller les mères souvent inquiètes quant aux soins d'hygiène à cet âge.
 2. Diagnostiquer et prendre en charge des problèmes dermatologiques bénins qui surviennent dans les premiers mois de la vie.
 3. Dépister certaines affections acquises ou génétiques.

II . EXAMEN CLINIQUE :

A. MATERIELS ET CONDITIONS:

- L'enfant doit être examiné complètement nu.
- Examiner la peau (plis), les muqueuses, les ongles et les cheveux.
- Dans une température ambiante adéquate, éclairage adapté, et avec une lumière bleue (lumière de wood).

B. ANAMNESE :

Préciser:

- Date d'apparition des lésions.
- Le siège des premières lésions.
- Évolution: récente, ancienne, ou récidivante.
- Les lésions sont elles fixes ou mobiles.
- Y a-t-il des signes accompagnateurs (prurit, douleurs, fièvre) ou des facteurs déclenchant ou d'aggravation (exposition au soleil)?
- Traitement reçu, depuis quand et durant combien de temps?
- Antécédents familiaux d'atopie, de maladies dermatologiques ou de maladies générales.

C. EXAMEN PHYSIQUE :

- Faire un examen général, puis examiner les lésions une par une.

- Définir les lésions élémentaires:

- La macule: rougeur circonscrite congestive de la peau, sans relief qui disparaît à la vitropression.
- L'érythème: rougeur congestive diffuse s'effaçant à la vitropression.
- La papule: surélévation cutanée solide, circonscrite de petite taille (inf à 5 mm).
- Le nodule: petite nouure circonscrite de l'hypoderme.
- La vésicule: une petite collection sous ou intradermique à contenu clair ne dépassant pas 1 cm.
- La bulle: c'est une grande vésicule.
- La pustule: c'est une vésicule dont le contenu est purulent.
- La croûte: concrétion résultant de la dessiccation de sérosité, de pus ou de sang.
- Les squames: lamelles épidermiques caduques.
- Une hyperkératose: épaissement de la couche cornée.
- Une ulcération: perte de substance cutanée de dimension et profondeur variable.

- Ces lésions élémentaires sont elles groupées, linéaires ou annulaires?

- Sont elles localisées ou diffuses?

- Sont-elles infectées ou non?

D. EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

- Ne sont pas systématiques:

- 1) Examen à la loupe.
- 2) La biopsie cutanée.
- 3) La microbiologie.

III. DERMITE SEBORRHEIQUE DE L'ENFANT :

- Motif fréquent de consultation en pédiatrie.
- Elle touche rarement le nouveau né, sa fréquence augmente avec l'âge.
- Facteurs favorisants:

- L'occlusion: est toujours un facteur aggravant d'irritation et de fragilisation de la peau au niveau du siège.

- Irritation:

- Contact avec les selles: l'acidité ou l'alcalinité des selles, présence d'enzymes protéase et lipase, présence de germe (candida).
- Contact avec les urines: hyperhydratation de la peau, présence d'ammoniac ou de germes.

- Frottement: facteur aggravant majeur.

- L'infection cutanée: surtout à candida albicans et à staphylocoque doré.

1-Aspect clinique:

- C'est une dermo épidermite microbienne d'étiologie imprécise.
- Apparaît souvent avant le premier mois de naissance.
- Les lésions apparaissent d'abord au niveau du siège ou au cuir chevelu, érythémateuses puis érythémato squameuse en médaillons ou des placards à contours nets.
- Au niveau du siège les lésions s'étendent des orifices aux plis et au niveau du cuir chevelu constituent une nappe de squames.
- Parfois les lésions touchent les autres plis.

2- Formes cliniques:

2 a – La maladie de Leiner Moussous (LM):

Dans sa forme extensive majeure, la dermatite séborrhéique donne un aspect d'une érythrodermie érythémato squameuse ou maladie LM, touchant tout le corps sans intervalle de peau saine avec des surinfections fréquentes.

2 b- Erythème fessier:

Motif fréquent de consultation en pédiatrie 10 – 15%.

Survient surtout entre 6 et 12 mois.

On distingue:

❖ La dermite en W:

- La plus fréquente
- D'origine mécanique, c'est une atteinte des convexités (face interne des cuisses, régions inguino pubiennes)
- L'atteinte est isolée, mais une extension périphérique tardive peut toucher les plis.

❖ La dermite en Y:

- Elle est d'origine infectieuse, débute en zone péri orificielle et s'étend rapidement aux plis, réalisant deux bandes inguinales et une bande inter fessière.
- L'extension aux convexités peut être secondaire.
- Les limites sont bien définies et desquamatives si infection à candida, ou irrégulière si infection bactérienne.

3- Traitement:

- Prévention: Des changes jetables fréquents.
- Une fois constituée la dermite du siège est traitée par:
 - Suppression des couches.
 - Des émoullients.

- Des pâtes à l'eau.
- Des crèmes cicatrisantes à base de cuivre ou de zinc.
- Des désinfectants.
 - Antibiotique si infection bactérienne.
 - Les dermocorticoïdes ; sont contre indiqués.

VI. DERMATITE ATOPIQUE

1. Définition:

- C'est une dermatose prurigineuse érythémato vésiculeuse du nourrisson et de l'enfant.
- Survient souvent sur un terrain d'atopie.
- Son incidence est en nette augmentation.

2. Physiopathologie:

-C'est une hypersensibilité retardée avec implication des lymphocytes T de la peau qui sont à l'origine des lésions.

-Il existe des:

DA IgE médiées(allergiques): l'apanage de l'enfant en présence d'une atopie.

DA non IgE médiées (maladies inflammatoires chronique) avec production d'auto anticorps.

Formes intermédiaires.

3. Clinique:

-Les lésions apparaissent à partir de 3 mois, initialement au niveau du visage (front, pommettes), s'étendent vers les faces d'extension des articulations et des plis, l'atteinte du cuir chevelu est rare.

-Le prurit est intense, à l'origine de troubles du sommeil

-Elles évoluent en 4 phases:

1. Phase érythémateuse: précédée par un prurit et un œdème.
2. Phase vésiculaire: les vésicules cernent les plaques d'érythèmes.
3. Phase suintante et crouteuse.
4. Phase desquamative.

4. Diagnostic différentiel:

- La dermatite séborrhéique
- La gale eczématisée

5.Evolution:

- A court terme: évolution par poussées successives, localisées et intenses.
- A long terme: disparition des lésions vers 3 ans.

6.Complications:

- Surinfections: surtout virales à herpes virus simplex ou bactérienne à staphylocoque.

- Hypo protidémie.

7. Traitement:

-Les mesures générales:

- Éviter l'ambiance chaude et humide.
- Éviter les allergènes.

-Les émoullients:

Une à deux fois par jours: hydrate la peau et traite la xérose

-Les dermocorticoïdes: la clé du traitement, ont une action anti inflammatoire puissante.

-Antiseptiques (chlorhexidine).

-Les antibiotiques.

-Les antihistaminiques.

-Autres: immunosuppresseurs.

V . INFECTIONS CUTANÉES

A. Infections Bactériennes :

1. Impetigo :

- ❖ Définition : affection contagieuse qui évolue par petites épidémies , due au staphylocoque doré et / ou staphylocoque β Béta hémolytique.
- ❖ Diagnostic : la lésion élémentaire est une bulle qui surmonte une base érythémateuse à contenu clair puis pustuleux qui se rompt et se recouvre d'une croûte jaunâtre.
- ❖ Complications : en l'absence de traitement peuvent s'observer des complications
 - Locales : Abscès , pyodermite, lymphangite.
 - Générales : scarlatine , GnA post streptococcique.
- ❖ Traitement :
 - Eviction scolaire jusqu'à la guérison clinique
 - Application locales de vaseline ou pommade ATB.

2. Erysipèle :

- ❖ Définition : c'est une inflammation du derme et de l'épiderme localisée , causée par le streptocoque Béta hémolytique le plus souvent.
- ❖ Diagnostic : clinique : début brutal marqué par un syndrome infectieux. Phase d'état 1 à 2 caractérisée par le placard érysépelé = rouge induré, délimité par un bourrelet œdémateux .
- ❖ Biologie : hyperleucocytose à PPN
ASLO sont parfois augmentés.
Syndrome inflammatoire VS accélérée , CRP (+) fibrinémie élevée.
- ❖ Complications : phlébite profonde , phlegmon voir septicémie

- ❖ Traitement : préventif = hygiène soigneuse / traiter la porte d'entrée.
- ❖ Traitement Curatif : Pénicilline G 100 000 u/Kg/J pendant 4 à 6 j parentérale puis per os pendant 6 à 8 (durée traitement 10 à 15 j) Erythromicine si allergie à la pénicilline.

3. Staphylococcie maligne de la face :

Souvent après manipulation intempestive d'un furoncle de la région nasolabiale = signe généraux (fièvre à 40° avec frisson + tuméfaction (+) ou (-) étendue de la face recouverte de vésico pustules.

- ❖ L'évolution peut être grave en l'absence de traitement cellulite orbitaire thrombophlébite du sinus caverneux , méningite , septicémie.
- ❖ Traitement : double ATB antistaphylococcique en milieu hospitalier.

4. Autre infections :

- ❖ Furoncles : folliculite suppurée due au staphylocoque

Traitement = ATB antistaphylo + traitement local (pansements humides , compresses antiseptiques et si nécessaire incision de l'abcès)

- ❖ L'anthrax : est un agglomérat de furoncles.

B. Infections virales :

1. Herpès :

Agent causal Herpès simplex de type 1 = face

Type 2 = période néonatale , infection génitale .

- ❖ Diagnostic = gingivo stomatite aiguë touche les enfants de 6 mois à 4 ans

Herpès récurrent = survient à l'occasion de fièvre , stress , menstruations traumatismes locaux.

- ❖ Traitement :

- Préventif : éviter le contact avec les sujets immunodéprimés ou atteint d'eczéma atopique.
- Curatif : acyclovir en cas de déficit immunitaire.

2. Varicelle :

Infection évoluant par petites épidémies hiverno-printanière due à l'herpès virus varicellae.

- ❖ Diagnostic : incubation dure 10 à 20 j

Phase de début : marquée par : un fébricule à 38°

une éruption scarlatiniforme fugace.

Phase d'état : exanthème , éruption maculeuse érythémateuse , prurigineuse.

- Elle devient vésiculeuse à contenu clair et évolue vers la déhiscence . l'examen clinique retrouve des éléments d'âge différent.
- L'exanthème inconstant fait de vésicules érosives au niveau de la muqueuse buccale.

- ❖ Complications :

- Surinfection bactérienne.
- Complications neurologiques : encéphalite , syndrome de Reye
- Atteinte pulmonaire surtout chez les immunodéprimés.

❖ **Traitement symptomatique :**

- Eviction scolaire .
- Applications locales d'antiseptiques (nitrate d'argent à 1%).
- Ongles courts
- Antistaminiques si prurit intense
- ATB si surinfection
- Antipyrétique non salicylé.

❖ **Traitement spécifique :** chez les immunodéprimés : interféron ou l'acyclovir

3. **Zona :** c'est la réactivation de l'infection par le varicelle zona virus . il se traduit par une éruption localisée au dermatome correspondant.

C. Infection mycosiques :

1. **Muguet buccal :** stomatite à candida Albicans : fines granulations blanchâtre formant parfois un enduit blanchâtre sur la langue et la muqueuse buccale. Il peut s'étendre donnant une pharyngite ou un oesophagite candidosique.

Traitement : à base de nystatine ou d'anphotéricine B par voie orale pendant 10j

2. **Teigne du cuir chevelu :**

❖ **Diagnostic :**

- Teignes tondantes = plaques alopécique érythémateuse bien limitée
- Teignes suppurées = médaillon arrondi de 3 à 5 cm à bord net dont la surface est ciblée d'orifice folliculaires purulents.
- Teignes favique = plaques d'alopecies recouvertes de croûtes épaisses et irrégulière de coloration jaunâtre.

❖ **Traitement local :**

Rasage de cuire chevelu 2 fois/ semaine avec application de l'alcool iodé à 1%

Dérivés imidazoles : myconazole (dactarin en gel) .

- ❖ **Traitement par voie générale :** griséofulvine 15 à 20 mg/kg/j au milieu des repas pendant 2 à 4 semaines.

IV. DERMATOSES BULLEUSES :

- Les dermatoses bulleuses de l'enfant sont constituées d'affections très variées mais toutes définies par la même lésion cutanée élémentaire la bulle : elles évoluent par poussées successives et ont souvent un aspect polymorphe : évolution vers l'érosion , surinfection et eczématisation.
- Parmi les dermatoses bulleuses aiguës, nous citerons :
 - **L'érythème polymorphe :**
 - Affection aiguë souvent récidivante
 - Prodrome c'est un prurit , douleurs ou brûlures.
 - Les lésions cutanées apparaissent sous forme de cocardes centrées par une bulle.
 - **Syndrome de Lyell :**

Prodrome : syndrome grippal

Puis érythème plus ou moins généralisé prurigineux sur lequel surviennent des lésions bulleuses qui vont rapidement confluées et réaliser de vaste décollement.

Complication : troubles hydroélectrolytiques, surinfection bactérienne.

Etiologie : il s'agit principalement de toxidermie médicamenteuse (ATB , AINS, anticémitiaux).

Il peut être provoqué par le staphylocoque .

CONCLUSION :

- ❖ Les dermatoses du nourrisson sont un motif fréquent de consultation.
- ❖ Un bon examen clinique permet d'assurer un bon diagnostic
- ❖ Des mesures préventives permettent d'éviter l'apparition des dermatites du siège.
- ❖ Certaines dermatoses cachent des maladies générales d'évolution chronique.