

DÉRMATOLOGIE PÉDIATRIQUE

Dr H Djabri

Le 25/01/2015

Maître assistante ,EHS Mansourah

Cours pédiatrie 5^{ème} année(2^{ème} rotation)

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.

EXAMEN CLINIQUE :

MATERIELS ET CONDITIONS:

-L'enfant doit être examiner 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).

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.

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 vitro pression.
- L'érythème: rougeur congestive diffuse s'effaçant à la vitro pression.
- 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 1cm.
- 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?

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

- Ne sont pas systématiques:

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

A-DERMITE DU SIEGE

- 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.

-Facteurs d'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.

I-DERMATITE SEBORRHEIQUE INFANTILE :

1-Aspect clinique:

- C'est une dermo épidermite microbienne d'étiologie imprécise.
- Apparait 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.
- 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.

II-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 chroniques) 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 5 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 croûteuse.
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 herpès virus simplex ou bactérienne à staphylocoque.
- Hypo protéidémie.

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.

CONCLUSION :

- Les dermatoses du nourrisson sont un motif fréquent de consultation.

- Un bon examen clinique permet d'asseoir un bon diagnostic.
- Des mesures préventives permettent d'éviter l'apparition des dermatites du siège.
- Certaines dermatoses cachent des maladies générales d'évolution chronique.