

Dermatologie courante en pédiatrie

INTERETS

- Développer une approche générale face aux problèmes de peau.
- Être capable de reconnaître les problèmes de peau les plus communs en pédiatrie.
- 15-20% de la consultation pédiatrique.
- Associé souvent à une pathologie métabolique, immunologique, inflammatoire

SEMILOGIE DERMATOLOGIQUE

- **Macule:** mou, non palpable moins de 0,1 cm
- **Papule:** solide, surélevée, couleur variable, avec rebord distinct, 0,1 cm et moins.
- **Pustule:** surélevé remplie de pus.
- **Vésicule:** bulle remplie de liquide clair.
- **Nodule:** ferme, surélevée, mobile, 2 cm et moins
- **Plaque:** solide, surélevée, avec rebord distinct, plus large 1 cm
- **Kyste:** lésion bien palpable au rebord défini, à l'intérieur il peut y avoir un contenu liquidien ou semi liquidien
- **Les squames:** Lamelles épidermiques caduques.
- **Hyperkératose:** Épaississement de la couche cornée (la couche la plus superficielle de l'épiderme)
- **L'ulcération:** Perte de substance cutanée de dimension et de profondeur variables.
- **La croûte:** Concrétion résultant de la dessiccation de sérosités, de pus ou de sang.

PRINCIPES DU DIAGNOSTIC

L'interrogatoire recherche:

- Le début
- Le mode de début: fièvre ou apyrétique
- L'évolution : aiguë, chronique
- Un facteur déclenchant: alimentaire ou prise médicamenteuse
- Autres signes associés : articulaires, muqueux
- Médications utilisées: effets sur l'évolution de la maladie, exp :
- antibiothérapie, corticothérapie.

L'examen clinique:

- Le plus complet possible.
- Malade nu.
- Un bon éclairage.
- Ne pas oublier le cuir chevelu et les plis : inter fessier, orteils et retro auriculaire.
- Identifier le type de lésions élémentaires : orientation étiologique.
- Identifier la topographie.
- Modifications secondaires: grattage et surinfection
- Examen physique :
 - Ne pas juste se fier aux lésions cutanées
 - Vérifier le corps en entier
 - Yeux, rhinorrhées, gorge, langue, cou, paume des mains, pieds, ongles, poumon, dyspnée, wheezing.

Examens complémentaires:

- Le diagnostic est souvent clinique basé sur le type de lésion élémentaire, rarement on a besoin d'exams complémentaires chez l'enfant et le nourrisson type:
- Prélèvements microbiologiques.
- Biopsie cutanée.
- Bilan sanguin : sérologies virales , marqueurs de maladies inflammatoires auto immunes.

LESIONS VASCULAIRES

1. Hémangiomes

Ce sont les tumeurs les plus fréquentes de l'enfant , avec une prévalence de 10 %.

Les caractéristiques communes sont :

- des tuméfactions non soufflantes à l'auscultation ;
- ni battement ni frémissement à la palpation ;
- une augmentation de la chaleur locale ;
- une consistance élastique, ferme mais non indurée
- Les hémangiomes superficiels (« angiomes tubéreux »)
- Les hémangiomes dermiques purs (profonds)
- Les hémangiomes mixtes (derme superficiel+derme profond)



→ Localisations graves

Hémangiomes orbito-palpébraux :

- Amblyopie, compression du globe, infiltration du cône et des muscles oculomoteurs

Hémangiomes étendus du visage :

- **PHACES** (anomalies de la fosse Postérieure, Hémangiome étendu de la face, anomalies Artérielles, anomalies Cardiovasculaires, anomalies oculaire Eyes, anomalies Sternales)

Hémangiomes Cyrano de la pointe du nez :

- Préjudices esthétiques et retentissement cartilagineux

Hémangiomes sous glottiques :

- Stridor et obstruction laryngée → examen ORL à chaque fois que l'hémangiome est distribué en barbe

Hémangiomes des lèvres :

- Risque d'ulcération et de déformation

Hémangiomes de la région parotidienne :

- Infiltration de la loge glandulaire et compression du conduit auditif externe

Hémangiomatose miliaire :

- Association à des hémangiomes viscéraux hépatiques et cérébraux
- Parfois effets shunt et retentissement sur la fonction cardiaque



→ Hémangiomatose miliaire

- Il s'agit de multiples petits hémangiomes de quelques millimètres de diamètre (Figure 4),
- diffus, touchant l'ensemble des téguments. Ils peuvent être associés à des hémangiomes
- viscéraux, en particulier hépatiques. Ils peuvent avoir un retentissement hémodynamique
- en cas d'hémangiomes hépatiques multiples ou volumineux : insuffisance cardiaque à haut débit.

→EVOLUTION

La phase de croissance se déroule selon :

- un début dans les premiers jours de vie ;
- une augmentation de taille assez rapide pendant les 6 à 10 premiers mois ;
- une stabilisation.

La phase d'involution spontanée comprend :

- un blanchiment en surface ;
- une diminution progressive de la taille jusqu'à disparition complète ;
- de durée variable : plusieurs années (2 à 12 ans)

2. ANGIOMES PLANS (MALFORMATIONS CAPILLAIRES)

Caractères cliniques communs

Ils se présentent comme des taches rouges congénitales (« taches de vin », « envies ») :

- présentes à la naissance ;
- planes, sans aucun relief ;
- ne disparaissant pas complètement à la vitropression ;
- pouvant siéger sur n'importe quel territoire cutané ;
- sans souffle, frémissement ni battement ;
- de la température de la peau normale.



→Évolution

- Ils n'ont pas de tendance à la disparition spontanée. Leur surface augmente de manière proportionnelle à la croissance de l'enfant. Ils peuvent s'accompagner d'une hypertrophie des parties molles de la zone atteinte (visage, segment de membre) se majorant progressivement avec le temps. Ils sont généralement isolés, sans aucune association avec des angiomes viscéraux, en particulier cérébraux.

3. PURPURA RHUMATHOÏDE

Le purpura rhumatoïde est une vascularite immunologique fréquente de l'enfant caractérisée par une triade clinique : purpura déclive - arthralgies - douleurs abdominales

Complications: invagination , glomérulonéphrite à IgA

4. Purpura fulminan

- Urgence vitale, le purpura fulminans doit impérativement être pris en charge rapidement pour éviter le pire.
- Le purpura fulminans représente une forme extrêmement sévère de septicémie
- Le germe le plus incriminé est le méningocoque

LESIONS INFECTIEUSES BACTERIENNES

1. SCARLATINE

Infection au streptocoque Bémolytique du groupe A.

Contagion 24h si traitement, si non plusieurs jours à plusieurs semaines en absence de traitement

- les signes cliniques de la scarlatine comportent une angine fébrile de début brutal, puis au bout de 24 ou 48 heures s'installe une éruption cutanée et muqueuse typique.
- On retrouve initialement comme symptômes une fièvre élevée jusqu'à 40 °C, une dysphagie, des douleurs abdominales et des vomissements. L'examen clinique à ce stade peut retrouver une angine érythémateuse ou érythématopultacée associée à des adénopathies (qu'une tachycardie (pouls accéléré)
- Dans un second temps, :
- un exanthème scarlatiniforme, coloration rouge diffuse de la peau, recouverte d'un fin granité, qui débute souvent et prédomine au niveau des plis de flexion (genoux, coudes, hanches), puis s'étend au thorax et à la racine des membres, puis gagne progressivement l'ensemble du revêtement cutané sans intervalle de peau saine, à l'exception des paumes et des plantes ; l'éruption est maximale en 2-3 jours, et disparaît en 6 jours. Elle est suivie par une desquamation entre le 7^e et le 15^e jour qui se fait dans le même sens que l'éruption ;
- un énanthème, coloration des muqueuses, associant à l'angine une langue d'abord saburrale (recouverte d'un enduit blanc) puis desquamant de la périphérie vers le centre pour aboutir à un aspect rouge framboisé au 7^e ou 8^e jour
- Le test de diagnostic rapide streptococcique, un examen recherchant un antigène spécifique de Streptococcus pyogènes dans les sécrétions pharyngées et réalisé au cours d'une consultation médicale, est positif.

→Traitement antibiotique

- Le traitement étiologique préconisé est un traitement antibiotique par une bêta-lactamine telle que l'amoxicilline pendant six jours, ou bien, en cas d'allergie aux pénicillines, un traitement par céfuroxime ou céfepodoxime pendant quatre ou cinq jours. En cas d'allergie à l'ensemble des bêta-lactamines, un traitement antibiotique de type macrolide peut être proposé, comme l'azithromycine, la clarithromycine ou la josamycine pendant cinq jours

2. Impetigo

- L'impétigo: infection à staphylocoque doré ou à streptocoque beta hémolytique du groupe A.
- Lésion crouteuses, vésiculeuses, parfois bulleuses autour de la bouche et du nez et même au niveau des membres.
- Traitement: antibiothérapie locale et générale en fonction de l'étendu des lésions.
- L'éviction scolaire à cause de la contagiosité.
- Lavage fréquent des mains.

3. L'érysipèle:

- Inflammation aigue dermo épidermique d'origine infectieuse bacterienne.
- Les germes responsables sont le streptocoque B hémolytique et le staphylocoques.
- Clinique: début brutal, avec fièvre et placard rouge oedématié douloureux avec un bourrelet en périphérie siégeant au niveau des membres ou du visage .
- Biologie: syndrome inflammatoire et ASLO élevés.
- Traitement: antibiothérapie visant à la fois le streptocoque et le staphylocoque, exp : l'association Amoxicilline-Acide clavulanique.

4. La staphylococcie maligne de la face:

- Résulte de la manipulation d'un furoncle de la face.
- Début brutal avec fièvre à 40 c °, tuméfaction étendue de la face et un état septicémique.
- Complications : thrombophlébite du sinus caverneux, méningite et septicémie.
- C'est une urgence thérapeutique nécessitant l'hospitalisation
- TRT : Une antibiothérapie anti staphylocoque par voie IV
- La pénicilline M (mécilline) pour le staphylocoque sensible (Méti S)
- La vancomycine pour le staphylocoque résistant (Méti R)

LESIONS INFECTIEUSES VIRALES

1- MALADIE MAIN PIEDS BOUCHE

Coxsackle A16

Léger prodrome de fièvre légère, douleur à la bouche et anorexie.

1 à 2 jours plus tard : vésicules qui érodent en ulcères peu profonds entourés de halo érythémateux au niveau buccal.

Puis apparaissent macules au face palmaires des mains et pieds.

Très contagieux, bénin.

Durée : symptômes durent 2 à 7 jours après incubation de 2 à 6 jours.

2- VARICELLE

Maladie très contagieuse secondaire au virus de varicelle-zona. incubation 10 à 20 jours.

Clinique : fièvre, éruption cutanée vésiculeuse puis crouteuse au niveau du cuir chevelu, thorax, muqueuses puis membres.

- guérison en 7 à 10 jours.

- Immunité définitive.

Complications :

- La varicelle est grave chez l'immunodéprimé.
- La surinfection bactérienne, pneumopathie varicelleuse , ataxie cérébelleuse, syndrome de Reye, sont des complications possibles .

3- La rougeole

La rougeole est une infection aigue virale éruptive due à un virus de la famille des paramyxo viridae du genre morbilivirus, Cosmopolite à caractère Endémo-épidémique avec recrudescence automne-hivernale ; elle est Strictement humaine et très contagieuse mais Solidement immunisante. C'est une maladie à Déclaration obligatoire

une période d'incubation de 7-14 jours

des signes prodromiques associant de la fièvre, un coryza, une toux quinteuse et une conjonctivite tarsienne

Les taches pathognomoniques de Koplik

Les tâches ressemblent à des grains de sable blanc entourés d'aréoles rouge

sur la muqueuse buccale, en regard des 1ères et 2e molaires supérieure

Une pharyngite se développe

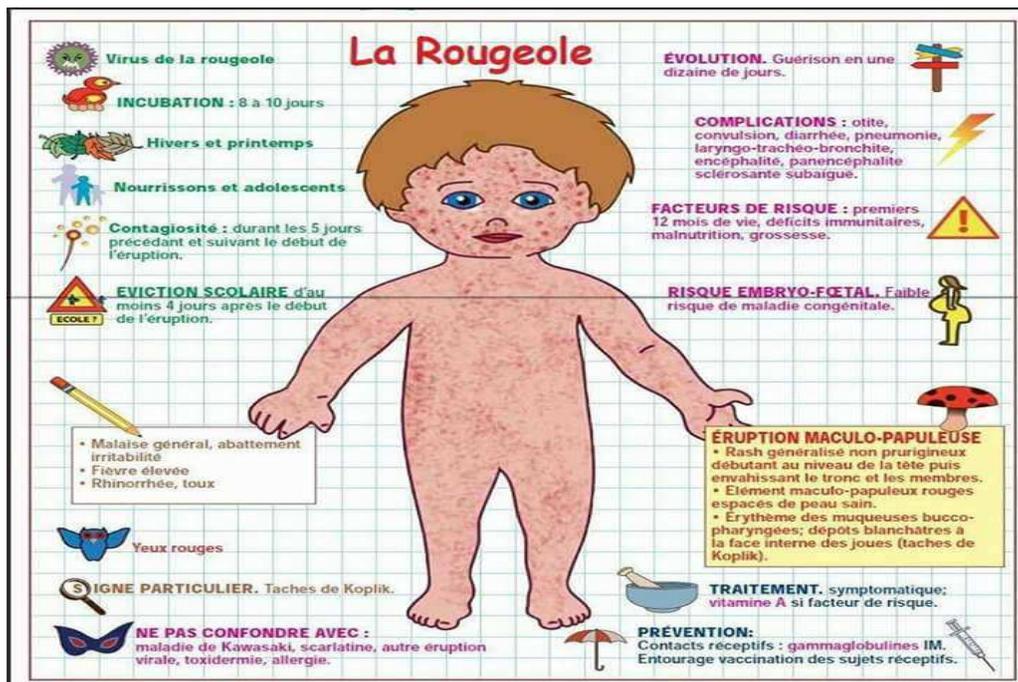
L'éruption cutanée apparaît 3 à 5 jours après le début des symptômes, habituellement 1 à 2 jours après l'apparition du signe de Koplik. Elle apparaît d'abord sur le visage, devant et derrière les oreilles et sur les côtés du cou, faites de macules irrégulières, auxquelles s'ajoutent ensuite des papules.

En 24-48 heures, les lésions s'étendent au tronc et aux membres (y compris les paumes des mains et les plantes des pieds), tout en commençant à s'atténuer sur le visage. Des pétéchies et des ecchymoses peuvent être associées dans les éruptions sévères.

À la phase d'état de la maladie, la température peut dépasser 40° C, avec un œdème périorbitaire, une conjonctivite, une photophobie, une toux quinteuse, une éruption étendue, une prostration et un léger prurit. La symptomatologie générale est proportionnelle à la gravité de l'éruption cutanée et à l'épidémie. En 3 à 5 jours, la fièvre cède progressivement, le patient se sent mieux et l'éruption pâlit rapidement, laissant une anomalie de coloration brune cuivrée suivie d'une desquamation.

Complications :

- Une pneumonie
- Une surinfection bactérienne
- Un purpura thrombopénique aigu
- Une encéphalite
- Une hépatite transitoire
- Une panencéphalite subaiguë sclérosante



4- La rubéole

- La rubéole est une infection virale contagieuse qui touche le plus souvent les enfants et les jeunes adultes. La rubéole est la principale cause d'anomalies congénitales évitables par la vaccination
- La rubéole est une maladie virale due à un virus de la famille des Togavirus.
- La plus souvent bénigne chez l'enfant, elle devient grave lorsqu'elle touche les femmes enceintes (lésions du cerveau, une surdité, une cécité, des anomalies cardiaques, un retard de croissance ou d'autres handicaps).
- Ce risque justifie la vaccination systématique tous les nourrissons avec le vaccin combiné ROR (rougeole oreillons rubéole)

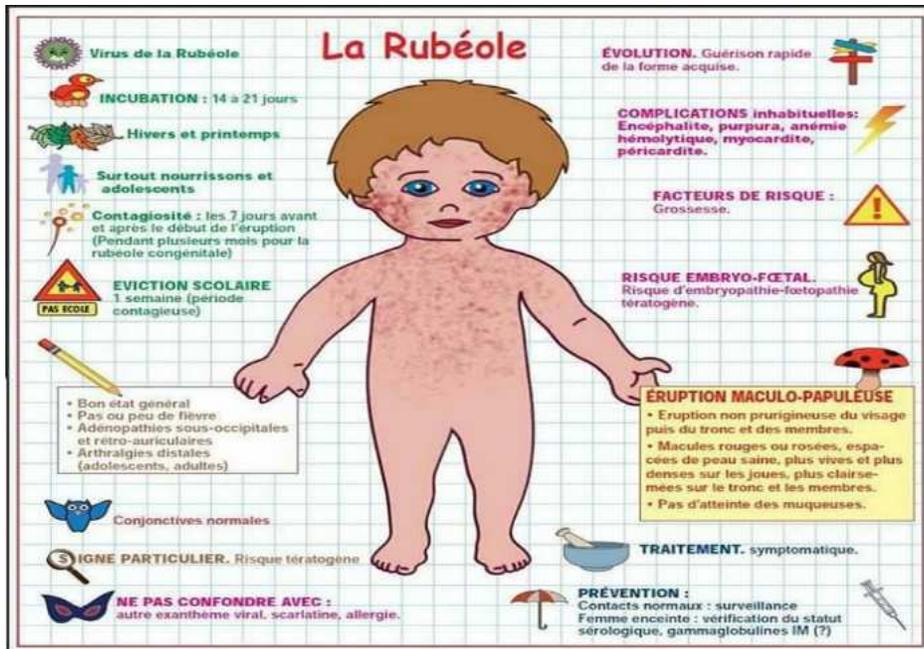
Transmission

- La rubéole se transmet dans les gouttelettes de salive expulsées par la personne malade. Les personnes atteintes sont contagieuses une semaine avant l'apparition de l'éruption cutanée et jusqu'à 14 jours après. Une transmission au fœtus est également possible en cas d'infection par une femme enceinte pendant les premiers mois de la grossesse. En cas de passage à travers le placenta, le risque de malformations fœtales est élevé. Il suffit d'avoir eu une fois la rubéole pour être immunisé définitivement

Clinique

L'infection est souvent asymptomatique (de 25 à 50 % des cas). Elle peut toutefois se traduire par les symptômes suivants :

- Un prodrome précédant l'érythème, surtout chez les adolescents et les adultes, avec fièvre légère, adénopathies typiquement, mais pouvant être généralisées.
- Une éruption maculopapulaire généralisée débutant au visage et progressant vers le corps. L'éruption dure en moyenne 3 jours et peut ressembler à celle de la rougeole, de l'infection au parvovirus B19 ou de l'entérovirus, notamment.
- Une conjonctivite.



5- Maladie de Kawasaki

La maladie de Kawasaki (MK) est la première cause de maladie cardiovasculaire acquise chez l'enfant. De plus, il s'agit de la deuxième vascularite la plus fréquente en pédiatrie après le purpura rhumatoïde, touchant les artères de taille moyenne, en particulier les artères coronaires

Diagnostic

- Diagnostic de la maladie de Kawasaki (MK) classique
- Présence de fièvre pendant au moins 5 jours (le jour de l'apparition de la fièvre est considéré comme le premier jour de la fièvre) avec au moins 4 des 5 caractéristiques cliniques principales suivantes. En présence de ≥ 4 caractéristiques cliniques principales, en particulier si la rougeur et le gonflement des mains et des pieds sont présents, le diagnostic de MK peut être fait à 4 jours de fièvre.

Clinique

- Erythème et œdème des mains et des pieds dans la phase aiguë et/ou desquamation péri-unguéal en phase subaiguë.
- Chéilite, stomatite, pharyngite.
- Conjonctivite bilatérale, non exsudative et indolore.
- Lymphadénopathie cervicale $\geq 1,5$ cm de diamètre unilatérale.
- Rash maculopapuleux diffus, morbiliforme ou scarlatiniforme au niveau du tronc et des membres, évocateur au niveau du siège avec desquamation précoce dès J5.

LESIONS INFECTIEUSES PARASITAIRES

1. La gale

- La gale est une éruption de la peau causée par un acarien parasite, *Sarcoptes scabiei*.
- La gale se transmet essentiellement par contact physique direct (peau contre peau),
- La contamination par des objets inertes (vêtements, draps, etc.) est possible mais limitée

Clinique

- les sillons scabieux ou les vésicules se localisent sur le corps peut évoquer la gale : espaces entre les doigts, peau fine des poignets, coudes, aisselles, fesses, organes génitaux
- Le dos et le visage sont habituellement épargnés.
- grattage

2. Teignes

Les teignes faviques ou favus sont le résultat d'une infection par un champignon du genre *Trichophyton*. Elles se manifestent par de petites plaques recouvertes de croûtes et suppurantes avec au centre un cheveu ; Les teignes tondantes sont fréquentes chez l'enfant entre 3 et 10 ans

LESIONS ALLERGIQUES

1. Dermatite atopique

Pathologie chronique, extrêmement fréquente.

Manifeste souvent 1^{ère} année de vie (60%)

Prévalence semble augmenter :

>50 à l'année 1960.

>15-25% à l'année 2000.

Souvent associée avec asthme et rhinite allergique.

Transmission génétique :

>60% de chances si un parent atteint.

>80% de chances si 2 parents sont atteints.

Etiologies :

Epiderme présente une certaine carence en lipides. → barrière cutanée altérée. Perméable l'évaporation de l'eau rapide

→ pénétration d'allergène et irritants peau sèche réagit et provoque poussées inflammatoires = prurit.

CLINIQUE

3 phases distinctes

- Phase aiguë
 - Prurit intense.
 - Erythème.
 - Vésicules.
 - Exsudat.
- Phase subaiguë :
 - Prurit.
 - Erythème.
 - Desquamation.
- Phase chronique :
 - Lichénification (épaississement de la peau plis plus profonds.)
 - Excoriation.
 - Hypo-hyperpigmentation post inflammatoire.

TRAITEMENT

Hydratation

- Essentiel au succès di traitement.
- Glaxal base, keri aveena, lubriderm, eucérin.

Éviter les situation qui augmentent la transpiration et/ou prurit.

- Vêtementz de coton, laver le linge au savon doux et éviter l'eau de javel et assouplisseur.
- Douche au lieu bain(10min) sinon bain eau tiède courte durée.

Si prurit :

- Antihistaminiques.
- Bain tiède avec poudre d'avoine (aveeno).

Corticothérapie :

- Faible : hydrocortisone (cortate).
- Moyen : bétaméthasone valerate (bétaderm).
- Elevé : bétaméthasone dipropionate (diprosone).
- Ultra-élevé : clobetasol propionate (ermovate).
- Immunomodulateurs : dernier recours Tacrolimus (protopic).

2. DERMATITE SEBORRHOIQUE

Plaques jaunâtres desquamantes, en croûtes sur base érythémateuse atteignant surtout le cuir chevelu.

Retrouve dans les régions axillaires inguinales, cou, rétro-auriculaire et autour des sourcils.

Asymptomatique.

Résolution spontanée avant l'age d'un an.

TRAITEMENT

- Pas toujours nécessaire
- L'huile d'olive, d'amande au minérale.
- Faire un shampoing ordinaire et enlever délicatement les croûtes par la suite (peigne fin).
- Shampoing antiséborrhéique au goudron ou ASA.
- Répond à des stéroïdes topiques faible puissance (HC1%) ou crème antifongique : EX : 50%hydrocortisone 1% et 50% kétoconazole2%.

DERMATITE DU SIEGE

1. L'érythème fessier par irritation

- Affecte les surfaces convexes des fesses, des cuisses, de l'abdomen.
- Epargne les plis inguinaux et interfessiers.
- Fréquence entre l'âge de 7 et 12 mois.
- Formes ulcéreuses: érythème + ulcérations +/- profondes, témoignant d'une longue évolution.
- Succède souvent à une diarrhée.

Traitement

- Changement de couches fréquent (garder au sec).
- Nettoyage doux de la région affectée.
- Application crème barrière (oxyde de zinc) → vérifier le % en oxyde de Zinc.
- Application de stéroïdes topiques de faible puissance pour les cas sévères.
- Si ne répond pas, considérer autres diagnostics :
 - Candida (rouge intense, bordure délimitée et papules satellites).
 - Séborrhée.
 - Psoriasis.

2. dermatite de siège à candida albicans :

- Erythème rouge vif.
- Atteinte des plis inguinaux et interfessier.
- Des papules rouges satellites ou des pustules sont fréquentes en périphérie.
- Elle est fréquente quant l'érythème fessier à durer plus de 72 h
- Prélèvements mycologiques: levures bourgeonnantes
- Association fréquente à un muguet: candidose buccale.

TOXIDERMIE MEDICAMENTEUSE

Les syndromes de Lyell et de Stevens-Johnson, ou nécrolyse épidermique, sont des maladies dermatologiques aiguës et très graves, dues à une « allergie médicamenteuse » et caractérisées par la destruction brutale de la couche superficielle de la peau et des muqueuses.

- éruption diffuse de macules centrées par des bulles ;
- érosions muqueuses touchant au moins deux sites ;
- décollements cutanés superficiels en lambeaux, positivité du signe de Nikolsky ;
- épiderme « nécrosé » sur toute son épaisseur en histologie, immunofluorescence directe négative. L'absence d'un de ces critères diminue fortement la probabilité du diagnostic.