

# ***Dermatoses de l'enfant***

Dr I BOUZIDI  
CHU BENI MESSOUS

# Plan:

- Introduction
- **1ère partie du cours:**  
Rappel sur la peau et ses fonctions  
Lésions cutanées élémentaires
- **2ème partie du cours:**  
Pathologies dermatologiques courantes chez le nourrisson et le jeune enfant.

## 1/Dermatite Atopique (DA) de l'enfant:

1-1 Définition-physiopathologie

1-2 Diagnostics:

1-2-1 Clinique

1-2-3 De gravité

1-2-4 Différentiels

2- Complications

3- Traitement

## 2/Dermite séborrhéique du nourrisson:

1-1 Définition-physiopathologie

1-2 Diagnostics :

1-2-1 Clinique

1-2-2 Différentiels

2-Traitement



- **3/ Erythème fessier du nourrisson**

3-1 Physiopathologie

3-2 Diagnostics:

3-2-1 Clinique

3-2-2 Différentiels

3-2-3 Complications et traitement

- **4/ Impétigo**

4-1 Définition-physiopathologie

4-2 Diagnostics:

4-2-1 Clinique

4-2-2 De gravité

4-2-3 Différentiels

4-3 Complications et traitement

**5/ Dermohypodermite Bactérienne Non Nécrosante (DHBNN)**

5-1 Définition-Microbiologie

5-2 Diagnostics:

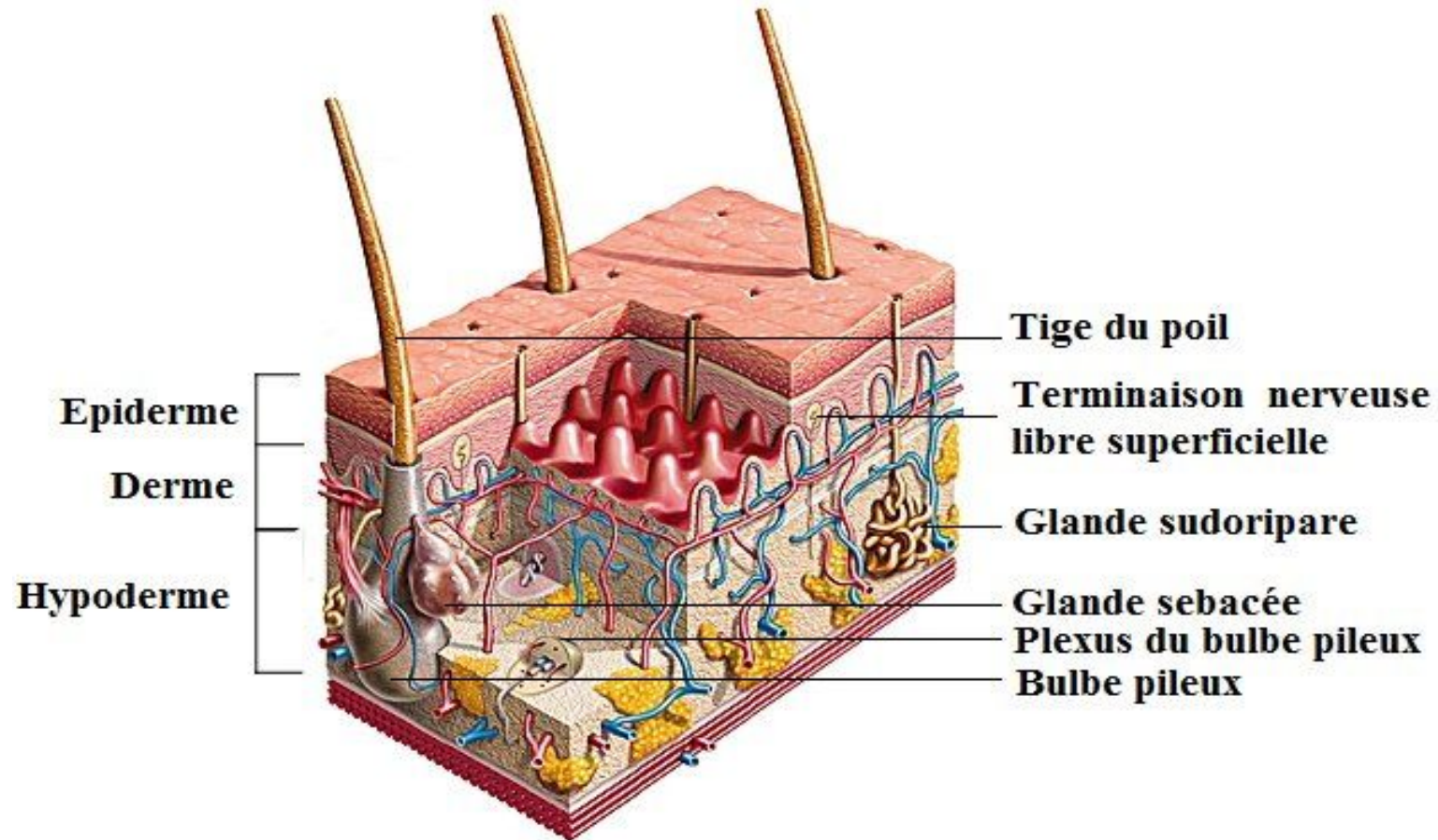
5-2-1 Clinique

5-2-2 De gravité

5-2-3 Différentiels

5-3 Complications et traitement

# Peau:



# Peau et ses fonctions:

## La peau

### L'épiderme:

Epithélium stratifié kératinisé constitué de:

80 % de *kératinocytes*, qui se renouvellent tous les 28 jours.

Des *mélanocytes*, qui produisent la mélanine, pigment protecteur ;

Des *cellules de Langerhans* : cellules dendritiques du système immunitaire ;

Des *cellules de Merkel* : cellules du système nerveux périphérique.

Ces quatre types cellulaires sont regroupés en cinq sous-couches dont la plus profonde repose sur une lame basale.

On retrouve ainsi, en remontant vers la surface :

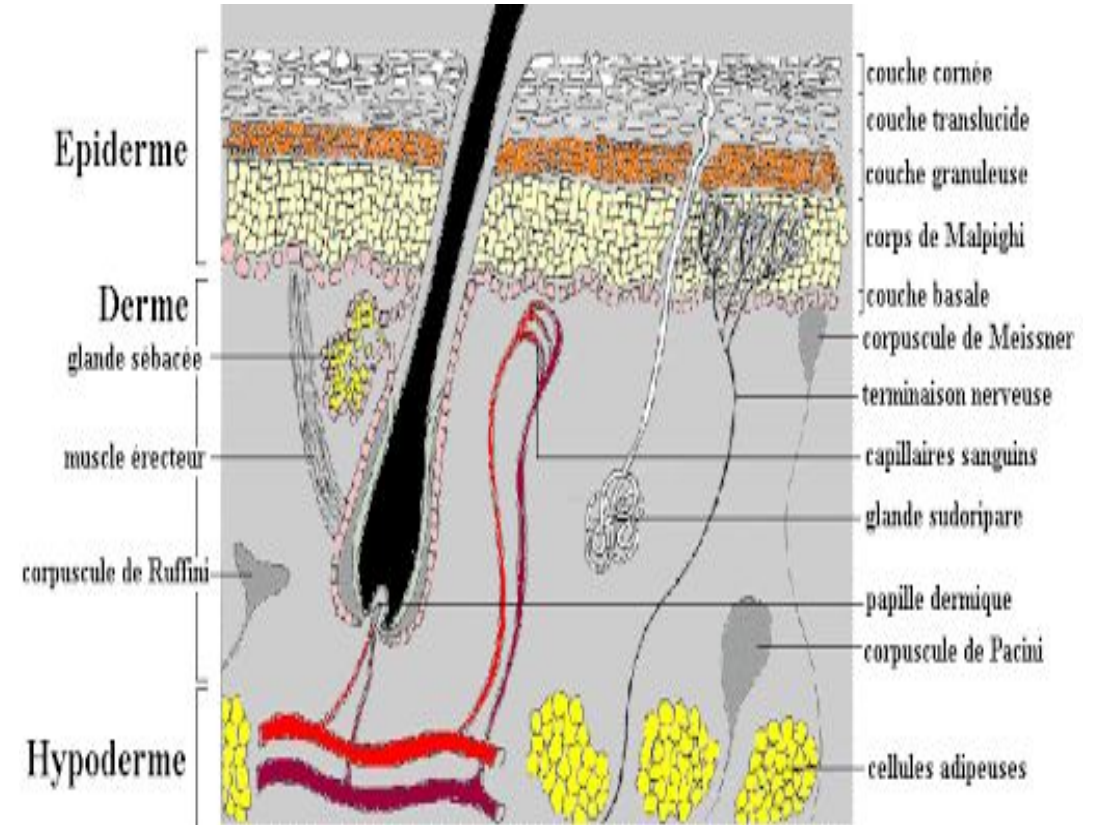
d'abord *la couche basale* (stratum basale)

puis *la couche épineuse* (stratum spinosum)

*La couche granuleuse* (stratum granulosum),

*la couche claire* (stratum lucidum, uniquement dans la peau épaisse)

et *la couche cornée* (stratum corneum)



# Peau et ses fonctions:

## Peau

### Le Derme:

La partie résistante de la peau: tissu conjonctif, composé à 80 % d'eau

Il est divisé en deux parties : le derme superficiel ou papillaire, et le derme profond ou réticulaire.

Il renferme différents types cellulaires : des fibroblastes, à l'origine des fibres de collagène, élastine et réticuline, des adipocytes, ainsi que des lymphocytes, macrophages et mastocytes.

La cohésion de l'ensemble est assurée par un gel visqueux nommé substance fondamentale, dans laquelle baignent des glycosaminoglycanes très hydrophile dont l'acide hyaluronique, et des glycoprotéines de structure.

Le derme est vascularisé et innervé.

Dans le derme se trouvent les follicules pileux, ainsi que les glandes sébacées et sudoripares. Les poils ont un rôle esthétique important et protègent également contre le rayonnement solaire et les particules. Les glandes sébacées produisent le sébum qui aide à lubrifier la peau et contribue à la fonction protectrice de la barrière épidermique. Les glandes sudoripares servent à la thermorégulation de la peau

### L'hypoderme:

L'hypoderme se compose de cellules graisseuses et de tissu conjonctif. Il joue un rôle important dans la régulation thermique et l'amortissement des chocs.



# Peau et ses fonctions

En plus d'un rôle au niveau psychosocial, la peau assure plusieurs fonctions fondamentales :

Protection mécanique : grâce à la couche cornée, au derme et à l'hypoderme ;

Protection chimique et antibactérienne ;

Photoprotection ;

Fonction sensorielle ;

Régulation thermique : les thermorécepteurs de la peau envoient les informations à l'hypothalamus ;

Production de vitamine D ;

Sécrétion : sueur, sébum ;

Fonction immunitaire ;

Absorption ;

Réserve ;

Cicatrisation .





# Lésions cutanées élémentaires:

## Lésions primitives :

### La macule ou Tâche dyschromique:

sans relief ni infiltration, colorée ou décolorée.

### La vésicule:

Lésion en relief, de petite taille (1 à 2 mm de diamètre), contenant un liquide transparent, située en peau saine ou en peau érythémateuse. La vésicule, tout comme la bulle, est une lésion fragile et transitoire.

### La papule:

Petite lésion ( $\leq 1$  cm) en relief, solide, bien circonscrite.

### La pustule:

Soulèvement dermo-épidermique, de taille variable, dont le contenu est trouble. La pustule est fragile et transitoire, donnant secondairement des érosions et des croûtes.

### La bulle:

Lésion en relief, de grande taille (de 5 mm à plusieurs cm), contenant un liquide pouvant être clair, jaunâtre ou hémorragique.

### La squame Pellicule ou lamelle cornée:

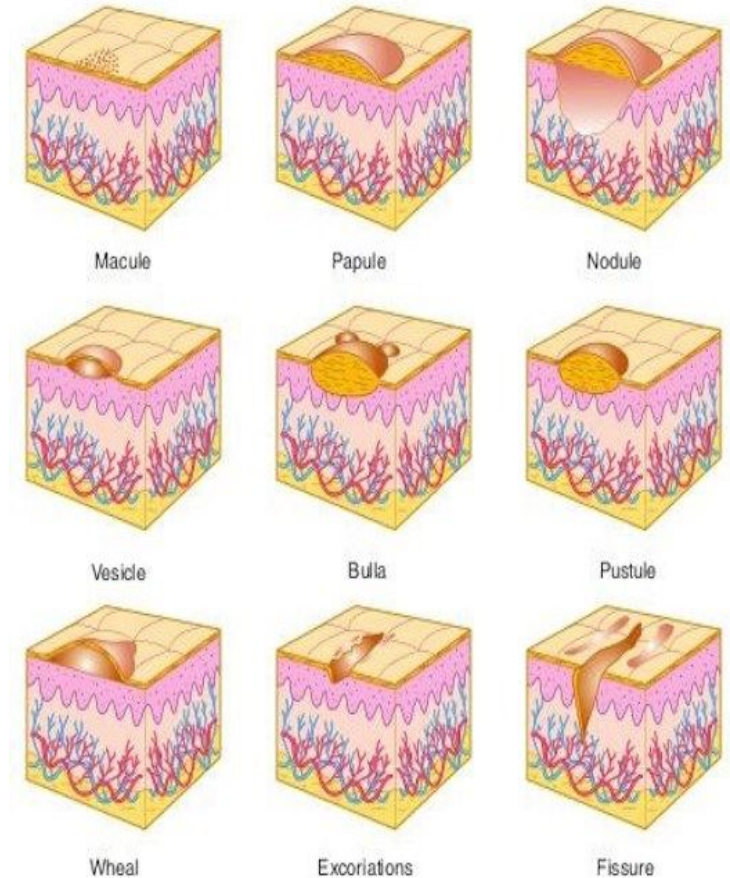
se détache plus ou moins facilement de la peau, fréquemment associée à d'autres lésions élémentaires comme l'érythème (d'où le terme « lésion érythémato-squameuse »).

### La kératose:

Epaississement corné plus large qu'épais.

### Nodule:

Elevure plus ou moins saillante, sous épidermique, de grande taille ( $> 1$  cm), solide, ferme et infiltrée à la palpation.





# Lésions cutanées élémentaires:

- Lésions secondaires

Les lésions secondaires se développent à partir des lésions primitives ou résultent du grattage de ces lésions par le patient.

La croûte:

Lésion secondaire à la coagulation d'un exsudat séreux, hémorragique ou purulent. Elle correspond au stade évolutif des vésicules, bulles ou pustules.

La cicatrice :

Changement cutané résultant de la formation d'un tissu conjonctif après destruction de l'épiderme et du derme.

L'érosion :

Perte de substance superficielle à fond plat, guérissant sans séquelle. Elle concerne l'épiderme et le sommet des papilles dermiques. C'est une lésion humide et suintante, qui se recouvre secondairement d'une croûte.

L'ulcération:

Perte de substance plus profonde atteignant le derme voire l'hypoderme, guérissant en laissant une cicatrice.

# Pathologies dermatologiques de l'enfant

## 1/Dermatite Atopique chez le nourrisson:



# Pathologies dermatologiques de l'enfant

## 1/ Dermatite atopique

- **1.1 Définition -Physiopathologie:**

La dermatite atopique(DA) est une dermatose prurigineuse érythémato-vésiculeuse chronique touchant surtout le nourrisson et l'enfant évoluant par poussée et souvent associée à l'atopie.

La DA survient sur un terrain génétique prédisposant, et s'accompagne d'anomalies de la barrière cutanée et d'une hypersensibilité à des antigènes environnementaux .

Des mutations du gène de **la filaggrine**, protéine majeure au niveau de la barrière épidermique et dans l'hydratation de la couche cornée, sont ainsi retrouvées dans environ la moitié des cas.

Une réponse immunitaire exagérée, qualifiée d'hypersensibilité retardée, médiée par des lymphocytes T spécifiques d'antigènes protéiques. Ces antigènes peuvent provenir :

de l'environnement (poussières, poils d'animaux, pollens) : on parle alors d'allergènes des DA extrinsèques, associées à des taux d'immunoglobulines E (Ig E) sanguins élevés, et sont volontiers associées à d'autres manifestations atopiques ;

du soi : il s'agit alors d'auto-antigènes des DA intrinsèques.



# 1/ Dermatite atopique

## • 1.2 Clinique

Le diagnostic de cette pathologie repose sur l'interrogatoire et l'aspect clinique, qui varie selon l'âge de l'enfant.

L'interrogatoire retrouve souvent des antécédents familiaux d'atopie.

### Signes cliniques :

La DA est une dermatose associant des lésions érythémato-squameuses à une sécheresse cutanée (xérose).

Le prurit est constant, associé parfois à une irritabilité et/ou à une insomnie.

Dès l'âge de 2 ou 3 mois, les lésions érythémato-squameuses apparaissent sur les convexités du visage (front, joues, menton) et des membres +/- œdème et de vésicules évoluant vers une desquamation ou vers la formation de plaques suintantes qui, en séchant, donnent naissance à des croûtes jaunâtres.

L'état général est conservé, sans fièvre ni troubles digestifs. Les lésions peuvent s'étendre sur tout le corps, n'épargnant que la zone du siège .



# 1/ Dermatite atopique

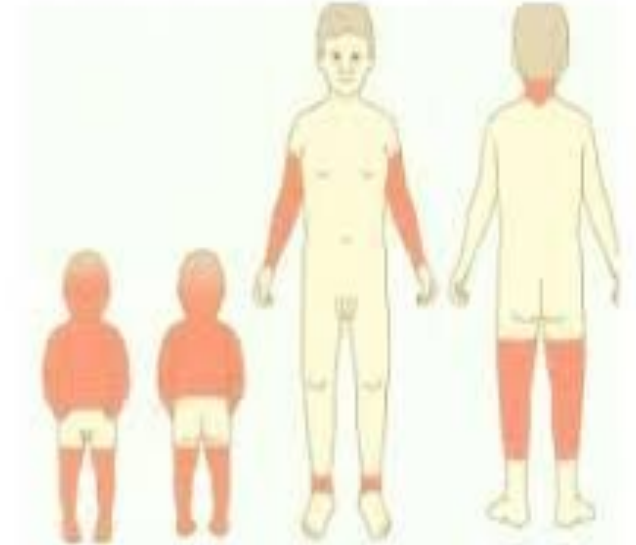
## 1.2 clinique:

### Evolution avec l'âge:

En dehors des poussées, la peau reste très sèche .

Après 2 ans: les poussées aiguës et suintantes deviennent plus rares. Les lésions sont localisées au niveau des plis (cou, coudes, genoux) et aux extrémités (mains, poignets, chevilles). La peau y est érythémateuse et épaissie à cause du grattage : il s'agit du phénomène de lichénification.

A l'adolescence: la majorité des DA ont régressé ; cependant, lichénification et xérose peuvent persister.



Distribution caractéristique des lésions de DA selon l'âge de l'enfant



# 1/ Dermatite atopique

- 1.3 Score de gravité

Le SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis) est une échelle d'évaluation de la sévérité de l'eczéma, permettant la comparaison de la DA d'une consultation à une autre.

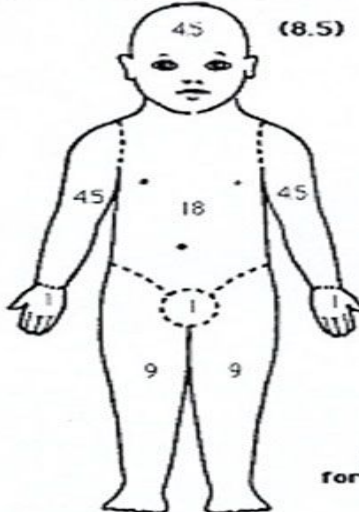
Elle est basée sur l'intensité des symptômes, l'étendue des lésions, le prurit et l'insomnie .

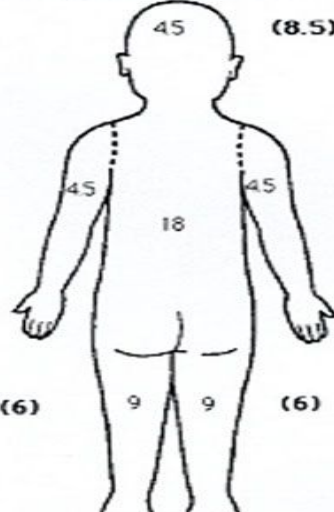


# SCORAD:

<b>SCORAD</b> <b>EUROPEAN TASK FORCE</b> <b>ON ATOPIC DERMATITIS</b>		INSTITUTION
Last Name	First Name	PHYSICIAN
Date of Birth:	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> </div>	<b>Topical Steroid used:</b> Potency (brand name) <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div> Amount / Month <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 15px;"></div> (6) Number of flares / Month <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px;"></div>
Date of Visit	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> </div>	





Figures in parenthesis for children under two years

<b>A: EXTENT</b>	Please indicate the area involved <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>
------------------	--

<b>B: INTENSITY</b>	<b>C: SUBJECTIVE SYMPTOMS</b> PRURITUS+SLEEP LOSS																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">CRITERIA</th> <th style="width: 50%;">INTENSITY</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Erythema</td><td></td></tr> <tr><td>Edema/Papulation</td><td></td></tr> <tr><td>Oozing/crust</td><td></td></tr> <tr><td>Excoriation</td><td></td></tr> <tr><td>Lichenification</td><td></td></tr> <tr><td>Dryness</td><td></td></tr> </tbody> </table>	CRITERIA	INTENSITY	Erythema		Edema/Papulation		Oozing/crust		Excoriation		Lichenification		Dryness		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 100%;">MEANS OF CALCULATION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>INTENSITY ITEMS (average representative area) 0= absence 1= mild 2= moderate 3= severe</td> </tr> <tr> <td>• Dryness is evaluated on uninvolved areas</td> </tr> </tbody> </table>	MEANS OF CALCULATION	INTENSITY ITEMS (average representative area) 0= absence 1= mild 2= moderate 3= severe	• Dryness is evaluated on uninvolved areas	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>
CRITERIA	INTENSITY																		
Erythema																			
Edema/Papulation																			
Oozing/crust																			
Excoriation																			
Lichenification																			
Dryness																			
MEANS OF CALCULATION																			
INTENSITY ITEMS (average representative area) 0= absence 1= mild 2= moderate 3= severe																			
• Dryness is evaluated on uninvolved areas																			

<b>SCORAD</b> $A/5+7B/2+C$	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>
----------------------------	--

<b>Visual analog scale</b> (average for the last 3 days or nights)	<b>PRURITUS</b> (0 to 10) <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px;"></div>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="width: 100px; border-bottom: 1px solid black; position: relative;"> <div style="position: absolute; left: 0; top: -5px;">0</div> <div style="position: absolute; right: 0; top: -5px;">10</div> </div> </div>
<b>TREATMENT:</b>	<b>REMARKS:</b>	



# 1/ Dermatite atopique

- **1.4 Diagnostics différentiels:**

Chez le nourrisson, les principaux diagnostics différentiels de la DA sont la gale et la dermatite séborrhéique.

Ensuite, quelque soit l'âge, il faut écarter un psoriasis, une gale ou un eczéma de contact .

# 1/ Dermatite atopique

- 1.5 Complications:

## Les complications infectieuses:

**Surinfection bactérienne** à: Streptocoque B hémolytique du groupe A ou à Staphylocoque doré :  
« **impétiginisation** »

**Surinfection candidosique.**

**Primo-infection herpétique** : La peau des enfants atteints de DA est très sensible au virus de l'herpès, Sur terrain atopique, elle peut être responsable d'un **syndrome de Kaposi-Juliusberg**, potentiellement très grave: Une éruption vésiculo-pustuleuse survient en quelques heures sur les lésions préexistantes d'eczéma.

Ce syndrome peut également entraîner des lésions nécrotiques et hémorragiques généralisées avec atteinte de l'état général et extension possible au système nerveux central.



L'eczéma de contact,

Un retard de croissance

Enfin, un retentissement négatif important sur le psychisme de l'enfant et de sa famille : manque de sommeil, irritabilité, difficultés scolaires, stigmatisation par les autres enfants.



# 1/ Dermatite atopique

## • 1.5 Traitement:

Long et contraignant, vise trois objectifs :  
la prise en charge des poussées inflammatoires,  
le traitement des surinfections éventuelles  
et la lutte contre la sécheresse cutanée.

### 1.5.1 Traitement des poussées

#### Les dermocorticoïdes

Traitement de référence lors des poussées

Action anti-inflammatoire, immunosuppressive et antimitotique

#### Classification et formes galéniques

Les Dc sont répertoriés en quatre classes selon leur puissance d'action.

La forme galénique sera choisie en fonction de la lésion :

crèmes : les plus prescrites, conviennent pour tous types de lésions y compris les lésions suintantes et les plis ;

pommades : pour les lésions sèches et/ou lichénifiées

Remarque : les lotions (pour les zones pileuses et les plis) et gels (pour le cuir chevelu) ne sont pas adaptés aux enfants car ils contiennent de l'alcool, irritant.



	Principe actif	Spécialité	Forme galénique	%
Classe I (très forts)	Clobétrasol (propionate) Bétaméthasone (dipropionate dans du propylène glycol)	Dermoval Diprolène	Crème, gel Pommade	0,05 0,05
Classe II (forts)	Bétaméthasone (dipropionate) Bétaméthasone (valérate)  Fluocinolone (acétonide) Diflucortolone (valérate)	Diprosone Betneval Bétaseptigen (V) Synalar Nérisone	Pommade, crème, lotion Pommade, crème, lotion Pommade Lotion Pommade, crème	0,05 0,10 0,10 0,01 0,10
Classe III (modérés)	Bétaméthasone (valérate) Triamcinolone (acétonide) Désonide	Célestoderm relais Panolog (V) Locapred	Crème Crème Crème	0,05 0,09 0,10
Classe IV (faibles)	Hydrocortisone Prednisolone Prednisolone (acétate) Dexaméthasone (acétate)	Hydracort Cortizème (V) Predniderm (V) Pruritex (V)	Crème Crème Crème Lotion	0,05 0,10 0,15 0,20

*Tableau 1 : Quelques dermocorticoïdes disponibles en dermatologie humaine et vétérinaire (liste non limitative); spécialité vétérinaire (V)*



# 1/ Dermatite atopique

## 1.6 Traitement

### 1.6.1 Dermocorticoïdes

#### Stratégie thérapeutique

Les Dc d'activité faible sont inefficaces dans la DA et ceux d'activité très forte ne doivent pas être utilisés chez l'enfant.

Les Dc d'activité modérée sont utilisés chez l'enfant et le nourrisson, sur le visage (y compris les paupières), les plis et le siège.

Les Dc d'activité forte peuvent être prescrits en cure courte (lésions très inflammatoires) ou plus prolongée (lésions lichénifiées). Ils ne sont pas recommandés chez le nourrisson de moins de 3 mois sauf exception

En pratique, Locapred® et Tridesonit® sont les Dc les plus utilisés chez l'enfant.

Les corticoïdes par voie générale ne sont pas indiqués dans la DA.

#### Posologie et mode d'administration

Appliquer en couche fine, de préférence le soir, en raison d'une activité supérieure lorsque les taux endogènes de corticoïdes sont bas.

L'application s'effectue jusqu'à guérison des lésions, voire même quelques jours après afin d'agir sur l'inflammation profonde non visible. Prendre le relais ensuite avec un émollient.

Une application quotidienne suffit en général, parfois deux, pour limiter les démangeaisons.

En cas d'inefficacité: Le Dc prescrit peut être mal utilisé, cas le plus fréquent, ou pas assez puissant

. Le mode d'arrêt, à savoir progressif ou non, est controversé, en raison d'un risque éventuel de rebond, qui serait théorique. Ainsi le traitement peut s'arrêter sans décroissance progressive .



# 1/ Dermatite atopique

## 1.6 Traitement

### 1.6.1 Dermocorticoïdes

#### Contre-indications:

Les Dc sont contre-indiqués en cas :

d'infections cutanées,

de lésions ulcérées

ou d'hypersensibilité à l'un des constituants.

Les Dc d'activité très forte sont contre-indiqués chez le nourrisson, ainsi qu'au niveau du visage, des plis et du siège.

Les Dc doivent être évités sous occlusion, comme sous les couches.

#### Effets secondaires

Peu d'effets secondaires sont observés : atrophie cutanée, télangiectasies, vergetures, surinfections...

Ces effets secondaires sont à relier à la puissance de la molécule utilisée, la durée d'utilisation, la surface traitée, l'occlusion, l'intégrité cutanée et l'âge de l'enfant.

# 1/ Dermatite atopique

## **1.6 Traitement**

### **1.6.2 Les antihistaminiques**

- Les antihistaminiques de type H1 par voie orale sont parfois prescrits hors AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) .
- Ils sont surtout efficaces en cas de manifestations associées comme l'asthme ou la rhinite.





# 1/ Dermatite atopique

## 1.6 Traitement

### 1.6.3 surinfections et mesures d'hygiène

#### Traitement des surinfections

Surinfection à staphylocoque doré ou streptocoque B hémolytique du groupe A:

Traitement antibiotique par voie orale: bêta-lactamine, associé à un antibiotique local .

Lors d'une surinfection herpétique:

une hospitalisation sera nécessaire, avec perfusion intraveineuse d'aciclovir.

#### Lutte contre la sécheresse cutanée

Application d'émollients, sur peau légèrement humide, après la toilette .

#### Mesures d'hygiène

Le bain : Pas trop chaud (moins de 35°C), ni trop long (moins de dix minutes)

Sécher ensuite la peau délicatement en tamponnant, sans frotter.

Eviter les vêtements synthétiques; privilégier le coton.

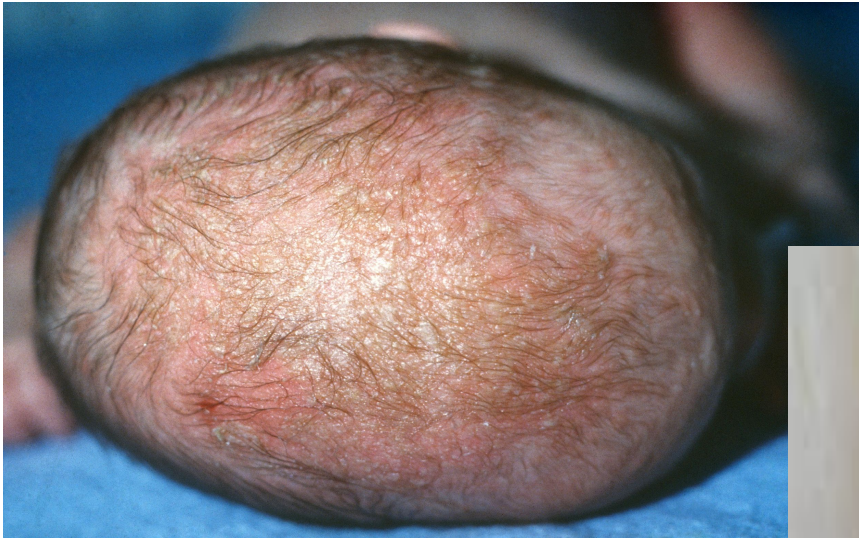
La brumisation d'eau thermale permet d'apaiser le prurit.

Laver régulièrement les mains, et couper les ongles de l'enfant.



# Pathologies dermatologiques de l'enfant

## 2/Dermite séborrhéique du nourrisson:



## 2/Dermite séborrhéique du nourrisson:

La dermite ou dermatite séborrhéique (DS) du nourrisson est plus communément appelée « croûtes de lait » dans sa forme légère ou modérée, fréquente, bénigne et ne gêne pas le nourrisson.

Elle est parfois inesthétique et doit être traitée afin d'éviter qu'elle ne persiste, s'étende ou s'infecte.

### 2.1 Physiopathologie:

Séborrhée et la présence de la levure *Malassezia*. Le rôle du sébum n'a pas encore été clairement démontré. Ce dernier, riche en lipides, favoriserait la prolifération des levures lipophiles du genre *Malassezia* (dont il existe 7 espèces : *M. furfur*, *M. globosa*, *M. obtusa*, *M. slooffia*, *M. sympodialis*, *M. pachydermatis*, *M. restricta*). Cette levure est saprophyte et présente chez tous les sujets, ce serait donc l'association avec une hyperséborrhée qui serait responsable de la pathologie. Le rôle de la levure serait immunogène et pro-inflammatoire plutôt qu'infectieux. Le sébum produit en excès piège les cellules mortes qui vont s'agglutiner et former ces croûtes de lait.



## 2/Dermite séborrhéique du nourrisson:



- **2.2 Clinique:**

Les lésions apparaissent en général entre 2 semaines et 3 mois.

Des plaques érythémateuses recouvertes de squames épaisses, grasses, blanches ou jaunâtres, sur le sommet de la tête et en regard de la fontanelle antérieure.

Ces lésions peuvent s'étendre à l'ensemble du cuir chevelu et du visage.

Enfin, peuvent être associés un érythème rouge vif du siège (on parle alors d'atteinte « bipolaire »),

Une atteinte des plis axillaires et parfois quelques éléments figurés à distance. Il n'y a pas d'altération de l'état général, pas de gêne fonctionnelle ni de prurit dans la plupart des cas.

**Evolution:** Les lésions disparaissent spontanément en quelques semaines voire quelques mois .



## 2/Dermite séborrhéique du nourrisson



- **2.2 Clinique: Maladie de LEINER MOUSSOUS**

Forme particulière, beaucoup plus rare : l'érythrodermie de LeinerMoussous:

Il s'agit d'une forme étendue et extensive, survenant lors des premiers mois de la vie. L'éruption atteint le siège, le cuir chevelu, ainsi que les plis du cou, de l'oreille et du bras. Les lésions du cuir chevelu sont squameuses et jaunâtres de type DS. Il n'y a pas d'altération de l'état général ni de prurit.

Cette pathologie, d'origine encore inconnue (bien que la levure *Malassezia furfur* semble jouer un rôle), est aujourd'hui exceptionnelle.

L'évolution est le plus souvent spontanément favorable.

Le traitement : repose sur un bain quotidien avec syndet (savon sans savon), l'application d'antiseptique pour éviter les surinfections et un traitement kératolytique de la DS du cuir chevelu. Un antifongique local peut également être utilisé .





## 2/Dermite Séborrhéique du nourrisson:

### • 2.3 Diagnostics différentiels:

Les deux principaux diagnostics différentiels de la DS chez le jeune enfant sont:

#### la dermatite atopique et le psoriasis.

- Le moment d'apparition et l'absence de prurit permet de distinguer la DS de la DA.
- La différence avec le psoriasis peut être difficile, notamment par rapport aux lésions du siège (Le psoriasis est souvent associé à des antécédents familiaux et à des lésions chroniques).

**Les autres sont** : un eczéma de contact, une infection dermatophytique, la gale, des états d'immunodéficience, une teigne tondante microsporique, une rosacée, une candidose, un lupus érythémateux systémique.

	Eczéma atopique	Leiner moussous
Age de debut	Après 2 mois	Avant 2 mois
Siège de debut	Face	Cranio caudal
Plis cutané	Respecté au début	Atteinte initialement
Prurit	Constant	absent
Desquamation	Fine et sèche	Large et grasseuse
Surinfection	Staph	Candida
Age de guérison	2 à 3 ans	4 mois

## 2/Dermite Séborrhéique du nourrisson

- **2.4 Traitement:**

Dans la majorité des cas, la DS du nourrisson est transitoire et bénigne, elle ne nécessite pas de traitement spécifique.

- **Conseils/Les soins de toilette:**

Laver la tête du bébé avec un shampoing doux adapté chaque soir.

Lorsque les croûtes de lait sont très épaisses: appliquer de la vaseline deux heures avant le shampoing afin de ramollir les croûtes et faciliter leur élimination.

Après le shampoing, brosser le cuir chevelu avec une petite brosse en poils de soie afin d'éliminer délicatement les croûtes.

Soins topiques spécifiques, kératolytiques et émollients.



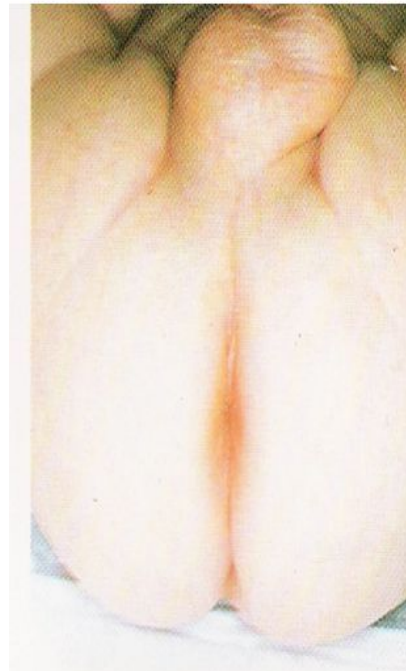


# Pathologies dermatologiques de l'enfant

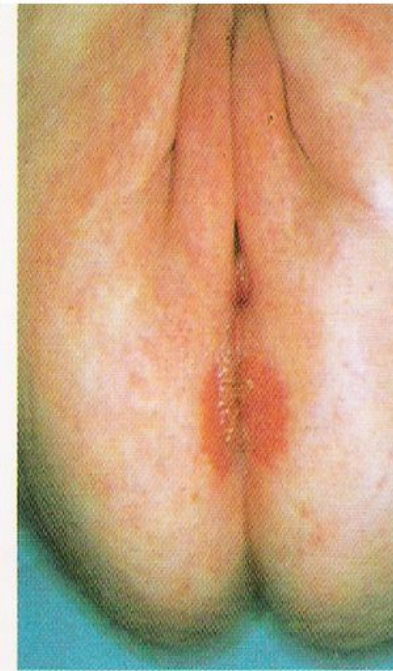
## 3/Erythème Fessier du nourrisson:



### ERYTHÈME FESSIER



5 - Erythème péri-anal.



6 - Candidose.



7 - Dermite en Y.

# Pathologies dermatologiques de l'enfant

## 3/Erythème Fessier du nourrisson:

- Très fréquent chez l'enfant qui n'a pas appris la propreté, entre 6 et 12 mois.

- **3.1 Physiopathologie:**

l'agression de la peau par les enzymes digestives ;

l'irritation liée au frottement de la couche en cellulose sur la peau ;

l'élévation du pH cutané ;

l'humidité excessive au niveau du siège, qui entraîne une macération au niveau de la couche cornée et une augmentation de sa perméabilité

les irritants physiques et chimiques ;

l'occlusion liée à la couche, qui favorise l'hyperhydratation.



# 3/Erythème Fessier du nourrisson:

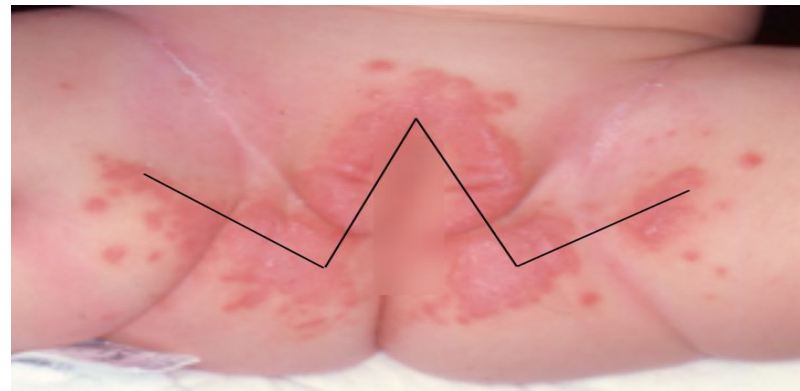
- **3.2 Clinique**
- **3.2.1 Les dermites des convexités (en W)**

La plus fréquente.

Le frottement des couches irrite essentiellement les convexités, Erythème de la face intérieure des cuisses, les fesses et le pubis.

Le fond des plis, la région anale et péri anale sont initialement respectés.

Le dessin du W est visible lorsque le bébé est sur le dos, jambes relevées.



# 3/Erythème Fessier du nourrisson:

- **3.2 Clinique:**

- **3.2.2 les dermites des plis (en Y)**

Lorsque les lésions se situent au niveau des plis de l'aîne, du pli inter-fessier et autour des organes génitaux.

Il s'agit le plus souvent d'infection d'origine mycosique à Candida albicans, d'un aspect rouge vif au niveau des plis, avec une desquamation et des papulo-pustules en périphérie de l'érythème.

Ces surinfections se développent secondairement sur un érythème fessier qui dure plus de 72 heures. Une candidose du siège peut être associée à d'autres symptômes tels qu'un muguet buccal, un panaris superficiel périunguéal ou l'atteinte d'autres plis comme le cou ou les aisselles .

Les surinfections bactériennes à staphylocoque ou streptocoque sont plus rares. Elles se manifestent par la présence de papules, pustules ou érosions.



## 3/Erythème Fessier du nourrisson:

- **3.3 Diagnostics différentiels:**

Un érythème fessier persistant peut être dû à divers troubles:

La dermatite séborrhéique,

La dermatite atopique,

La gale, le psoriasis, une candidose, la maladie de Crohn.

Il faudra donc parfois aller plus loin dans le diagnostic.

# 3/Erythème Fessier du nourrisson

- **3.4 Complications et traitement:**

**Les surinfections, devant:**

Toute papule, pustule ou érosion ;  
Une couleur rouge vive ;  
De la fièvre ;  
Une perte de poids ou d'appétit ;  
Des lésions trop étendues ;  
Des lésions persistant plus de cinq à six jours sous traitement .

**Conduite pratique:**

Devant des lésions telles que des vésicules, pustules ou intertrigos importants:

Pratiquer un **prélèvement** afin d'identifier le germe en cause et de le traiter au mieux.

En cas d'infection à *Candida albicans* : une crème antifongique : ciclopiroxolamine.

En cas d'infection bactérienne, un traitement antibiotique local suffit généralement, comme de l'acide fusidique ou de la mupirocine.



# 3/Erythème Fessier du nourrisson

## • 3.5 Traitements et conseils

### 3.5.1 Soins du siège

- Nettoyer le siège à l'eau tiède avec un produit d'hygiène spécifique doux type syndet ou savon surgras, qui sera rincé soigneusement, Utiliser un liniment oléo-calcaire (composé d'huile d'olive et d'eau de chaux ).
- Pulvériser de l'eau thermale apaisante en cas de fortes irritations.
- Sécher minutieusement, en tamponnant et non en frottant, tout particulièrement les plis, pour éviter toute macération .
- Eviter les lingettes sans rinçage car nombreuses sont celles contenant du phénoxyéthanol (agent conservateur).





# 3/Erythème Fessier du nourrisson

## 3.5 Traitements et conseils

### 3.5.2 Utilisation des couches

- Changer la couche dès qu'elle est mouillée.
- Utiliser des sous-couches protectrices en coton hydrophile
- Préférer les couches jetables aux couches réutilisables en tissu, car elles sont plus absorbantes.
- Laisser les lésions à l'air le plus possible : il s'agit du traitement le plus efficace.



# 3/Erythème Fessier du nourrisson

## 3.5 Traitements et conseils

### 3.5.3 Protection cutanée

- Les topiques protecteurs du siège

Ces topiques sont à la fois isolants, absorbants et cicatrisants.

L'oxyde de zinc est le principe actif le plus fréquemment utilisé.

Trois principaux topiques:

- Aloplastine® pâte : à base de talc, oxyde de zinc, glycérine.
- Déflamol® pommade : à base d'oxyde de zinc, dioxyde de titane ;
- Mitosyl® irritations pommade : à base d'oxyde de zinc et huile de foie de poisson.

D'autres médicaments possèdent une AMM dans le traitement plus global des dermatoses irritatives du nourrisson :

- Bépanthen® pommade : à base de dexpanthénol ;
- Oxyplastine® pommade : à base d'oxyde de zinc.

Parmi ces médicaments, les pommades sont contre-indiquées en cas de dermatoses suintante ou infectée, car elles sont trop occlusives et grasses.

Le talc est à déconseiller, il favorise la macération.



# Pathologies dermatologiques de l'enfant

## 4/ Impétigo



# Pathologies dermatologiques de l'enfant

## 4/ Impétigo

- Infection cutanée bactérienne la plus fréquente chez l'enfant. Il s'agit d'une dermatose bénigne superficielle très contagieuse, favorisée par le défaut d'hygiène.

Le pic de fréquence se situe entre 2 et 6 ans.

### **4.1 Physiopathologie:**

Les agents causals de l'impétigo sont:

le staphylocoque doré *S. aureus* (environ 70 % des cas)

le streptocoque  $\beta$ hémolytique du groupe A *Streptococcus pyogenes* (20 à 30 % des cas),

ou une association des deux.

L'impétigo est une pathologie très contagieuse qui se transmet par contact direct et auto-inoculation, avec possibilité de petites épidémies (famille, crèche, école), notamment en période estivale. De plus, la maladie n'étant pas immunisante, les récurrences sont possibles.

### **Les facteurs favorisant la survenue de l'impétigo sont :**

une hygiène insuffisante

les lésions de la peau : traumatisme, brûlure, piqûre d'insecte ou une dermatose préexistante (eczéma, varicelle, gale, poux, herpès,...) □

la vie en collectivité : crèches, écoles, garderies;

les climats chauds et humides ;

la macération locale

une infection ORL : portage du germe dans les narines pouvant être une source d'infection.



# 4/ Impétigo

- **4.2 clinique:**
- **4.2.1 Impétigo commun ou croûteux**



Forme typique, la plus fréquente avant l'âge de 10 ans.

La lésion initiale est une vésiculo-bulle parfois entourée d'une auréole inflammatoire. Cette vésicule va rapidement se troubler et se rompre, laissant apparaître un suintement

puis une croûte jaunâtre dite mélicérique, recouvrant une érosion de couleur rouge.

Il est possible d'observer des lésions d'âges différents chez un même patient.

Les lésions sont observées le plus souvent sur le visage, autour de la bouche et du nez, mais elles peuvent également atteindre toutes les parties du corps y compris le cuir chevelu, en raison du portage manuel.

Elles sont peu douloureuses mais peuvent parfois être prurigineuses.

Des adénopathies régionales sont retrouvées dans la plupart des cas. En l'absence de complications, l'état général n'est pas atteint.

L'atteinte est superficielle et ne laisse pas de cicatrices.

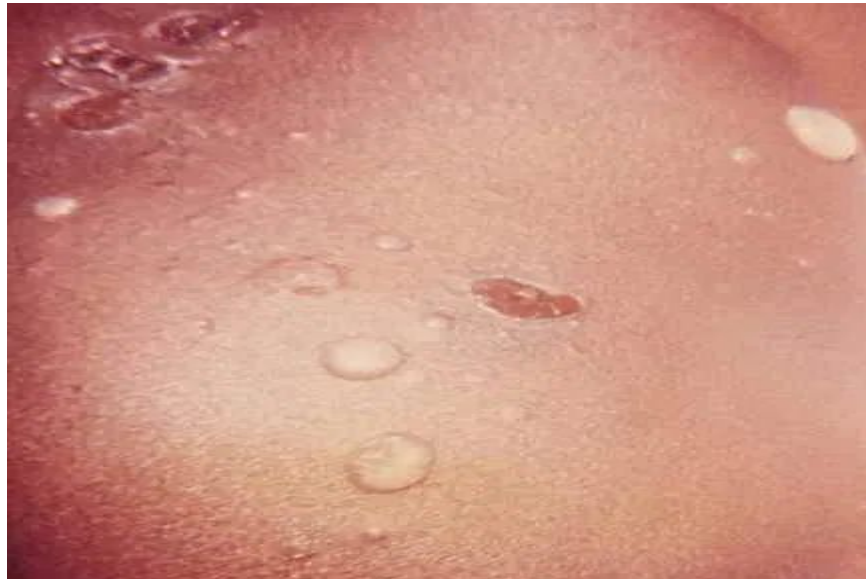


# 4/ Impétigo

- 4.2 clinique:
- 4.2.2 Impétigo bulleux:

Très fréquent chez le nouveau-né et le nourrisson.

Sévit par petites épidémies dans les maternités ou les crèches, où la transmission se fait par les mains du personnel soignant.



# 4/ Impétigo

- **4.3 Diagnostics différentiels:**

Dermite péri orale, dermite de contact allergique, un herpès, une varicelle ou un zona, une infection dermatophytique, la gale.

- **4.4 Complications**

**Les complications infectieuses** sont rares

Locales : abcès, lymphangite, cellulite, ostéoarthrite, ostéomyélite, ou  
générales : pneumonie, septicémie.

**Une glomérulonéphrite aiguë post-streptococcique** est possible mais là aussi rare.

Cette éventuelle complication justifie la recherche d'une protéinurie, par la réalisation d'une bandelette urinaire trois semaines après le diagnostic d'impétigo.





# 4/ Impétigo

- **4.5 Traitements**

Antibiothérapie locale ou générale selon l'étendue de la pathologie.

Dans tous les cas, la toilette à l'eau et au savon est indispensable au préalable et doit être réalisée au moins une fois par jour, afin de décoller les bactéries et les éliminer.

- Dans les formes bénignes, l'identification du germe n'est pas nécessaire pour la mise en place du traitement.
- Un prélèvement bactériologique sera indiqué en cas de contamination en milieu hospitalier (suspicion de staphylocoque multi-résistant) ou de forme récidivante d'impétigo (suspicion de gîtes microbiens). Le prélèvement sera réalisé au niveau des gîtes naturels de *S. aureus* à savoir les orifices nasaux et le périnée.



# 4/ Impétigo

- **4.5.1 Traitement local**

- Les formes peu sévères sont traitées par antibiothérapie locale. Elles sont définies par :  
une surface cutanée atteinte inférieure à 2 % de la surface cutanée totale (1 % = surface de la paume d'une main) ;

un nombre de sites lésionnels actifs inférieur ou égal à 5 ;

une absence d'extension rapide

**Acide fusidique** (Fucidine® crème ou pommade à 2 %) ou

**La mupirocine** (Mupiderm® pommade).

**Trois fois par jour pendant cinq à dix jours**, sur les lésions, autour des orifices (nez, bouche, anus) et sous les ongles.

En l'absence d'amélioration après 48 heures, une antibiothérapie générale sera prescrite.

- L'utilisation concomitante d'antiseptiques et d'antibiotiques par voie locale ou générale n'est pas recommandée.



# 4/ Impétigo

- **4.5.2 Traitement général**

- Une antibiothérapie par voie générale sera instaurée dans les formes sévères, en plus des soins d'hygiène
- **Elle doit être à la fois antistaphylococcique et antistreptococcique.**

Amoxicilline-acide clavulanique, céphalosporines, acide fucidique, pristinamycine, ou macrolides.

L'érythromycine est moins utilisée en raison de l'augmentation du taux de bactéries résistantes.

La pristinamycine est contre-indiquée avant 6 ans car elle n'existe que sous la forme comprimé.

**La durée du traitement est de cinq à sept jours.**

- L'application d'une pommade comme de la vaseline sur les croûtes est utile pour faciliter leur élimination.



## Impétigo de l'enfant

Mesures générales :  
soins d'hygiène  
+ éviction scolaire

+ décision d'antibiothérapie locale ou générale selon la sévérité

Formes peu sévères :

surface cutanée < 2 % de la surface  
cutanée totale  
(paume = 1 %)  
+ nombre de sites lésionnels actifs ≤ 5  
+ absence d'extension rapide

Antibiothérapie locale

Évaluation de l'efficacité du traitement

Amélioration

Poursuite du  
traitement 5 à 7  
jours au total

Absence  
d'amélioration  
après 48 heures

Pendant 5 à 7 jours,  
antibiothérapie générale

3 semaines après l'épisode,  
dépistage précoce d'une éventuelle glomérulonéphrite aiguë post-streptococcique :  
recherche de protéinurie par bandelette urinaire

Formes sévères :

surface cutanée > 2% de la surface cutanée  
totale (paume = 1%)  
ou nombre de sites lésionnels actifs > 5  
ou extension rapide  
ou echthyma  
ou zones délicates à traiter localement  
(lèvres)  
ou terrain fragilisé (immunodépression)  
ou allergie de contact aux antibiotiques  
locaux  
ou présence de signes généraux, fièvre,  
lymphadénopathie, infection pharyngée  
associée  
ou épidémie familiale

# 4/ Impétigo

- **4.5.3 Mesures générales**

Ne pas envoyer l'enfant à l'école ou à la crèche, jusqu'à guérison complète:

- en cas de traitement local
- ou pendant 48 heures en cas de traitement général .

Si la lésion peut être entièrement recouverte, l'éviction n'est plus obligatoire.

Examiner l'entourage du patient (frères, sœurs, parents).

Vérifier la couverture vaccinale antitétanique.

Rechercher une dermatose sous-jacente ou un éventuel foyer infectieux ORL, et les traiter.

- **4.5.4 Règles d'hygiène**

Laver l'enfant au moins une fois par jour, à l'eau et au savon. Le savonnage décolle les bactéries et le rinçage les élimine.

Laver les mains fréquemment.

Couper les ongles court et les brosser.

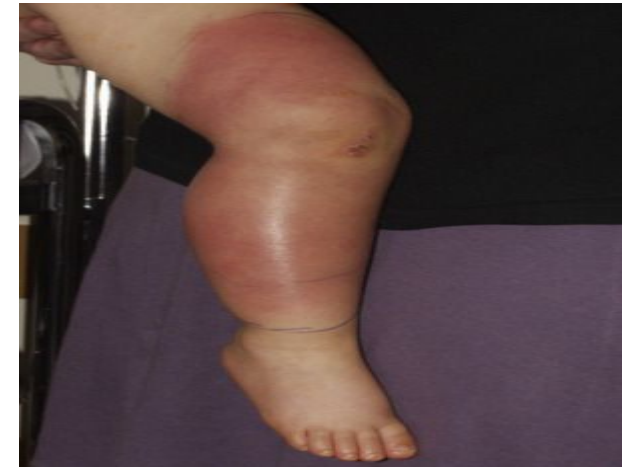
Ne pas partager le linge de toilette, les draps, les vêtements.

Préférer des vêtements amples et en coton pour éviter la macération.

Changer les vêtements tous les jours .



# 5/ Dermohypodermites bactériennes non nécrosantes (DHBNN)



## • 5.1 Définitions

La dermohypodermite bactérienne non nécrosante (DHBNN) est une infection aiguë non nécrosante d'origine bactérienne, intéressant le tissu cutané.

- Concernant la pédiatrie, le terme « érysipèle » n'est pas utilisé, et la distinction se fait uniquement entre les formes non graves et graves (incluant dermohypodermite et fasciite nécrosante) de dermohypodermite bactérienne.



# 5/ Dermohypodermites bactériennes non nécrosantes (DHBNN)

- **5.2 Diagnostic Clinique:**

- Le diagnostic est clinique, il est fait sur la survenue brutale d'un placard inflammatoire associé à des signes généraux :

- **Signes locaux :**

Apparition aiguë d'un placard inflammatoire (érythème, chaleur, œdème, douleur) sensible au toucher et peu induré

Localisé le plus souvent aux membres le plus souvent inférieurs ,  
d'extension progressive sur quelques jours et bien limité

Exceptionnellement bilatéral .

Les autres localisations sont très rarement décrites, et souvent rapportées avec les formes nécrosantes.

Une adénopathie locorégionale peut se voir.





# 5/ Dermohypodermites bactériennes non nécrosantes (DHBNN)

- Signes généraux :

La fièvre est classiquement élevée (38,5° à 40°C)

Les autres signes généraux incluent des: frissons, une sensation de malaise ou un syndrome pseudo-grippal.

La présence d'une porte d'entrée (rupture de la barrière cutanée) est retrouvée( intertrigo, **surinfection de lésions varicelleuses**, une dermatose excoriée, une piqûre d'insecte..

L'absence de porte d'entrée visible ne doit pas faire écarter le diagnostic de DHBNN.

- Microbiologie:

Les bactéries principalement en cause sont **streptococcus pyogenes** (SGA pour streptocoques  $\beta$ hémolytiques de groupe A) et **staphylococcus aureus** (SA).



# 5/ Dermohypodermites bactériennes non nécrosantes (DHBNN)

- **5.3 Diagnostic de gravité:**

- Douleur intense et spontanée
- Discordance entre les signes locaux et des signes généraux marqués
- Signes de sepsis ou de syndrome toxinique (érythrodermie généralisée scarlatiniforme, défaillance respiratoire, hépatique, rénale)
- Extension rapide, anesthésie cutanée et signes de nécrose cutanée.

# 5/ Dermohypodermites bactériennes non nécrosantes (DHBNN)

- **5.4 Complications:**

## **Complications liées à l'infection:**

Sepsis, choc septique,

Une possibilité d'évolution vers des formes nécrosantes(dermohypodermite nécrosante, fasciite nécrosante), ainsi que le risque de choc toxinique.

## **Complications post-streptococciques:**

Les deux principales complications observées sont :

La glomérulonéphrite aiguë

Le rhumatisme articulaire aigu.

# 5/ Dermohypodermites bactériennes non nécrosantes (DHBNN)

## 5.5 Traitement:

- Dans la DHBNN non compliquée est en première intention une antibiothérapie orale :

### Amoxicilline-acide clavulanique :

80 mg/kg/jour d'amoxicilline en 3 prises par jour (sans dépasser 3g/jour) ;

□ Si allergie aux  $\beta$ -lactamines :

### Clindamycine :

40 mg/kg/jour en 3 prises par jour (enfants > 6 ans) ;

### Sulfaméthoxazole-triméthoprine :

30 mg/kg/jour (exprimé en Sulfaméthoxazole) en 3 prises par jour (forme suspension buvable pour enfants < 6 ans).

- Durée de 7 jours en fonction de l'évolution.
- Il est recommandé de ne pas prescrire d'antibiothérapie locale.



# 5/ Dermohypodermes bactériennes non nécrosantes (DHBNN)

- **5.5 Traitement:**

- Dans les DHBNN compliquée ( facteurs de risque et/ou de gravité)

**Facteurs de risque :**

- âge < 1an – immunodépression - Mauvaise compliance thérapeutique

**Signes de gravité :**

- AEG - évolution rapide extensive - échec d'un traitement oral- suspicion de localisation secondaire :

☐ **Amox + clavulanate IV:** 100 mg/kg/j en 3 injections IV pdt 2-3 j puis Relais oral rapide

- Durée totale : 10 j

- Alternative ou contre-indications:

☐ **Céfamandole ou Céfuroxime IV:** 100 mg/kg/j en 3 injections IV

- Si allergie aux céphalosporines

☐ **Clindamycine (IV):** 40 mg/kg/j en 3 ou 4 injections IV

- Durée : 10 jour



***MERCI***