

# DERMATOLOGIE DE L'ENFANT

Dr S. Kerboua 2019-2020

## PLAN :

- I- Introduction
  
- II- Lésions élémentaires en dermatologie
  - l'érythème
  - La papule
  - Le nodule
  - La vésicule
  - La bulle
  - La pustule
  - La croûte
  - Les squames
  - L'hyperkératos
  - L'Ulcération
  
- III- Principes du diagnostic
- IV- L'Erythème fessier
- V- La dermatite séborrhéique
- VI- La dermatite atopique
- VII- Les Infections cutanées
  - A- Bactériennes
  - B- Virales
  - C-Parasitaires
  
- VIII- Conclusion

## **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 1cm de diamètre

### **3- Le nodule**

- Petite nodule 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**

- Epaissement 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 interfessiers.
- 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,

**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 langes
- 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 barre 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.
- Shampooing 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.
- L'atteinte faciale et celle des joues 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 ou récidivante.
- La pathogénie incrimine une perturbation de l'immunité humorale avec une élévation des TGE totaux, ainsi que l'immunité cellulaire avec une diminution des lymphocytes T supresseurs et des anomalies du chimiotactisme des leucocytes polynucléaires et monocytes.

#### Traitement

- Elimination 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.
- 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 béta 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 ASLO.

- 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:**

- *L'herpès.*
- *La varicelle* : particulièrement redoutable chez les immunodéprimés nécessitant un traitement IV par aciclovir.

**C- Parasitaires:**

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

**Conclusion**

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