



# LES PATHOLOGIES DERMATOLOGIQUES COURANTES EN PÉDIATRIE

Mémoire présenté par

**Docteur Dounia Jamai Joual**

**Née le 11/04/1994 à FÈS**

Dr. MOUSAPHA HIDA  
Chef de Service de Pédiatrie et des Urgences Pédiatriques  
HOPITAL EL HIERE - ENFANT  
FES  
INPE: 141145-18

Pour l'obtention du Diplôme de spécialité médicale

**OPTION : Pédiatrie**

**Sous la direction du professeur Widade Kojmane**

**Session Juin 2024**

Dr. KOJMANE Widade  
Professeur Agrégée  
Pédiatrie  
CHU HASSAN II - FES

# **Remerciements**

***A mon cher Maitre Mustapha Hida, Chef de service de la pédiatrie***  
*Je tiens à vous exprimer mes sincères remerciements pour votre précieuse contribution et votre soutien inestimable tout au long de mon cursus. Ce fut pour moi une grande fierté d'être compté parmi vos résidents. Votre amour pour la profession, votre souci du travail bien fait et votre bonne foi pour nous assurer une formation solide font de vous un maître Respecté. Cher maître soyez rassuré de ma profonde gratitude. Merci*

***A ma chère professeur et encadrante de mon mémoire Widade Kojmane***  
*Vous m'avez fait l'honneur de diriger ce travail, je ne regretterai jamais d'avoir été parmi vos résidents, la formation et l'éducation que vous m'avez données vont au-delà de tout cadre médical. Merci pour votre expertise, votre expérience et votre disponibilité ont été des atouts majeurs dans le développement de mon mémoire. Vos conseils éclairés et votre capacité à m'orienter dans la bonne direction ont été d'une valeur inestimable. Votre patience et votre encouragement constant m'ont donné la confiance nécessaire pour poursuivre mes recherches avec détermination. Merci*

***A mon cher Maitre Atmani Samir***  
*Votre amour pour vos malades en général. Vos qualités humaines et l'excellent médecin que vous êtes ont une force notre admiration. Votre engagement envers l'excellence et votre souci du détail m'ont inspiré à atteindre les plus hauts standards de qualité. Grâce à votre mentorat bienveillant, j'ai pu approfondir mes connaissances, améliorer ma méthodologie de recherche et affiner mes compétences académiques. Merci*

***A ma chère et aimable Professeur Chaouki Sanaa***  
*J'ai été fasciné par la qualité de vos enseignements. Votre abord facile, votre franc parler, votre démarche scientifique et votre grande expérience en pédiatrie ont forcé mon admiration. Votre influence positive a eu un impact durable sur ma formation académique et professionnelle. Merci.*

***A ma chère Professeur Idrissi Mounia***  
*Je suis profondément reconnaissante d'avoir eu la chance de vous voir comme enseignante. La méthode de travail que vous nous avez inculquées resteront pour toujours un modèle de travail et un exemple de la rigueur dont nous nous servirons durant l'exercice de notre noble métier. Merci*

***A ma chère et aimable Professeur Abourazzak Sanaa***

*Je tiens à exprimer mes sincères remerciements pour votre précieuse contribution et votre soutien inestimable tout au long de mon cursus, et je souhaite vous exprimer ma profonde gratitude. Merci.*

***A Ma Meilleure Professeur Benmiloud Sara***

*Il est difficile de trouver les mots justes pour exprimer ma gratitude envers vous. Votre passion pour votre domaine ont fait de vous bien plus qu'un simple professeur pour moi. Grâce à vous, j'ai pu développer une confiance en moi et réaliser que je suis capable de relever n'importe quel défi. Merci*

***A ma chère professeur Souilmi Fatimzahra***

*Je tiens à vous remercier du fond du cœur d'avoir investi votre temps et votre énergie pour me permettre de grandir et d'atteindre mes objectifs durant mon cursus.*

***A ma chère professeur Hmami Fouzia***

*Je suis très reconnaissante d'avoir eu la chance d'être parmi votre équipe. Je suis convaincue que les leçons que j'ai apprises grâce à vous auront un impact durable sur ma vie et ma carrière. Merci*

***A mon professeur Hbib Mohamed***

*Cher maître vos qualités d'homme de science très méthodique et votre sens élevé d'humanisme font de vous un pédagogue très sollicité. Soyez rassuré cher maître de ma sincère reconnaissance. Que Dieu réalise vos vœux !*

***A mes chères professeurs Tadmouri Ilham, Erradi Mariam, Bourmdane Sanaa et Seddiki Soukaina***

*Je tiens à vous remercier du fond du cœur d'avoir investi votre temps et votre énergie pour me permettre de grandir et d'atteindre mes objectifs durant mon cursus. Merci*

***A toute l'équipe de pédiatrie de CHU de Fès***

*Chers membres, je tiens à prendre un moment pour exprimer ma sincère gratitude envers chacun d'entre vous.*

# **SOMMAIRE**

<b>ABRÉVIATIONS .....</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>6</b>
<b>PREMIÈRE PARTIE : GÉNÉRALITÉS.....</b>	<b>8</b>
<b>I. RAPPELS ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES .....</b>	<b>9</b>
A. Description de la peau .....	9
1. L'épiderme .....	9
2. Le derme.....	11
3. L'hypoderme .....	11
B. Rôles de la peau .....	12
C. Particularités pédiatriques .....	13
1. Particularités anatomiques et histologiques .....	13
2. Particularités physiologiques .....	14
<b>II. PRINCIPALES LÉSIONS ÉLÉMENTAIRES DE LA PEAU .....</b>	<b>17</b>
A. Lésions primitives.....	17
B. Lésions secondaires .....	19
<b>DEUXIÈME PARTIE : LES PATHOLOGIES DERMATOLOGIQUES COURANTES EN PÉDIATRIE.....</b>	<b>20</b>
<b>I. LES DERMATOSES INFECTIEUSES .....</b>	<b>21</b>
A. Origine mycosique .....	21
1. Les dermatophyties.....	21
2. Les candidoses.....	31
3. Le pityriasis versicolor .....	40
B. Origine bactérienne.....	44
1. L'impétigo .....	44
2. L'érysipèle .....	51
3. Furoncles.....	55
C. Origine virale.....	58
1. Le molluscum contagiosum .....	58
2. Les verrues .....	63
D. Origine parasitaire.....	69
1. La gale.....	69
2. La pédiculose.....	75
<b>II. LES DERMATOSES IMMUNO-ALLERGIQUES .....</b>	<b>80</b>
1. La dermatite atopique.....	80
2. Le prurigo strophulus.....	87
3. Le pityriasis alba.....	90
4. L'urticaire .....	93
<b>III. PITYRIASIS ROSÉ DE GILBERT .....</b>	<b>99</b>
<b>IV. LA DERMATITE SEBORRHEIQUE DU NOURRISSON .....</b>	<b>102</b>
<b>V. L'ERYTHEME FESSIER DU NOURRISSON.....</b>	<b>106</b>
<b>CONCLUSION : .....</b>	<b>107</b>

**BIBLIOGRAPHIE : ..... 107**

**RESUME : ..... 107**



**ABRÉVIATIONS**

## **Liste des abréviations :**

**ADN :** Acide désoxyribonucléique

**AMM :** Autorisation de mise sur le marché pour les médicaments

**AINS :** Anti-inflammatoires non stéroïdiens

**CHU :** Centre Hospitalier Universitaire

**DA :** Dermatite atopique

**DS :** Dermatite séborrhéique

**FDR :** Facteur de risque

**FHLS :** **Film** hydrolipidique de surface (FHLS)

**HAS :** Haute Autorité de santé

**HPV :** virus du papillome humain

**IV :** Intra veineux

**LPV :** leucocidine de Panton-Valentine

**MC :** Molluscum contagiosum

**NMF :** Facteurs naturels d'hydratation

**OGE :** organes génitaux externes

**PCA :** Acide pyrrolidone carboxylique (PCA),

**PCR :** Polymerase Chain Reaction

**PIE :** PIE (perte insensible en eau) transépidermique

**PRG :** pityriasis rosé de Gibert

**SA :** Staphylococcus aureus

**SARM :** Staphylococcus aureus résistant à la méticilline

**SB :** Bicarbonate de sodium

**SMX:** Sulfaméthoxazole

**TEWL: Transepidermal** Water Loss



**INTRODUCTION**

La peau, organe le plus important du corps en termes de masse et de surface corporelle, constitue une barrière permettant la protection de notre organisme vis-à-vis des agressions extérieures. Elle a une composante psycho-sociale particulière, puisque c'est la première image que l'on va renvoyer à autrui, son altération se révélant ainsi une source d'angoisse, du fait de l'importance du culte de l'apparence dans notre société. Son éclat est également le reflet d'une bonne santé.

La peau du nourrisson et du jeune enfant est sujette à de nombreux troubles puisqu'elle est plus fragile, représentent un motif de consultation médicale fréquent. Les origines de ces problèmes cutanés sont très variables : virale, bactérienne, parasitaire, immuno-allergique, toxique, etc.

Ce mémoire a pour objectif de faciliter la reconnaissance et la prise en charge des pathologies dermatologiques courantes chez le nourrisson et l'enfant par les médecins généralistes, internes et résidents du service de pédiatrie et des urgences pédiatriques.

Dans une première partie, nous ferons un rappel sur la physiologie de la peau et ses différents rôles. Puis nous aborderons ses particularités pédiatriques en comparaison avec celle de l'adulte. La connaissance des lésions élémentaires en dermatologie étant indispensable pour réaliser une approche diagnostique, nous terminerons cette première partie par un récapitulatif de ces lésions élémentaires.

Dans une deuxième partie seront étudiées quelques dermatoses parmi les plus courantes chez le nourrisson et l'enfant. Pour chacune d'entre elles, nous expliquerons la physiopathologie, la clinique, les diagnostics différentiels, les éventuelles complications, les traitements disponibles. De nombreuses photos illustreront la description clinique. Par ailleurs, une fiche de conseil récapitulative pour chaque dermatose sera élaborée.

Devant l'étendue du sujet, certaines pathologies ne seront pas traitées dans cet écrit, notamment les dermatoses néonatales, les éruptions fébriles et les urgences dermatologiques en pédiatrie.

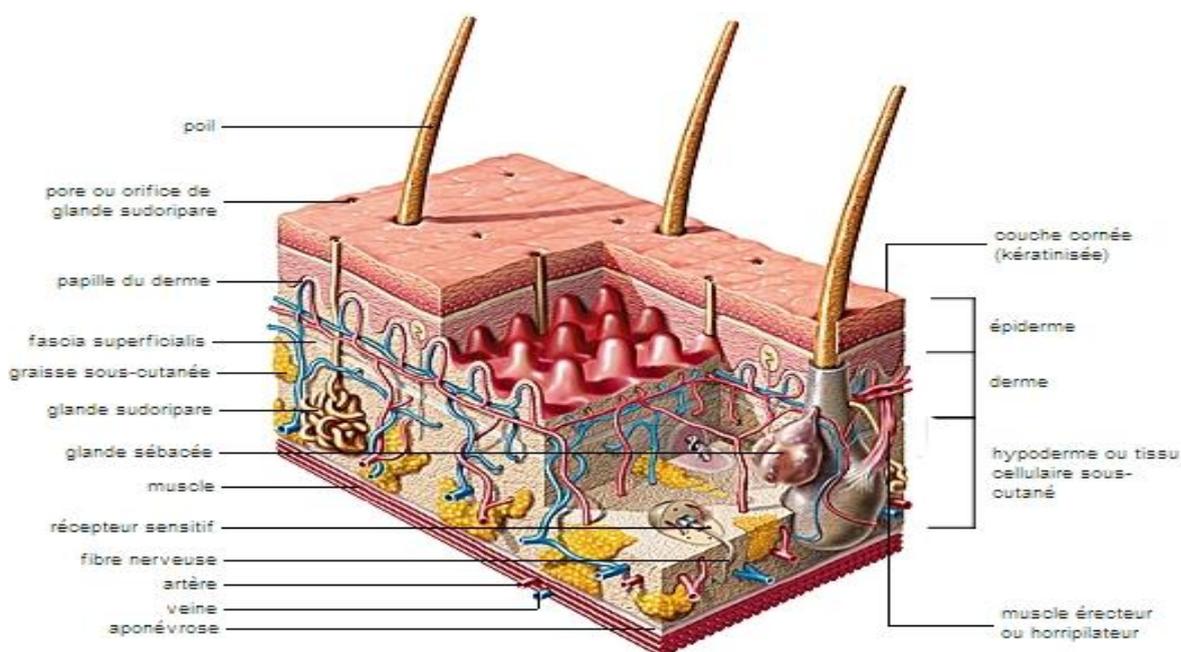
**PREMIÈRE PARTIE :  
GÉNÉRALITÉS**

## I. RAPPELS ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

La peau représente l'organe le plus lourd et le plus étendu du corps humain. Elle constitue une interface avec le milieu extérieur et assure de multiples fonctions vitales, telles que la protection de l'organisme (face aux chocs, à la pollution, aux micro-organismes, aux rayonnements ultra-violetts, etc.), la régulation thermique, la production de vitamine D, ainsi que de nombreuses autres fonctions.

### A. Description de la peau

La peau est constituée de trois couches superposées : l'épiderme, le derme et l'hypoderme, ainsi que d'annexes : les poils, les ongles, les glandes sudoripares et sébacées.



**Figure 1 : Structure de la peau [1]**

### 1. L'épiderme

L'épiderme est un épithélium stratifié kératinisé constitué à 80 % de kératinocytes, qui se renouvellent tous les 28 jours. On y trouve également d'autres types cellulaires :

- **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).

Au niveau de la couche basale, on trouve des cellules souches qui vont se multiplier en continu pour donner des kératinocytes qui évolueront vers la surface : il s'agit du phénomène de kératinisation. Arrivés à la surface de la peau, les kératinocytes s'aplatissent, perdent leur noyau et meurent. Ils deviennent ainsi des cornéocytes, qui constituent la couche cornée.

Cette couche cornée représente une barrière efficace contre la pénétration d'agents irritants, de toxines et d'allergènes de l'environnement. Elle empêche également la PIE (perte insensible en eau) transépidermique ou TEWL (Transepidermal Water Loss), qui correspond à l'évaporation d'eau à la surface de la peau.

Au cours de leur ascension, les kératinocytes produisent des substances essentielles à ce rôle protecteur de la peau. Ce sont :

- **Des molécules hydrophiles** intracellulaires, « les facteurs naturels d'hydratation » ou NMF (Natural Moisturizing Factors).

Ces NMF proviennent de la dégradation d'une protéine, la filaggrine. Il s'agit principalement d'acides aminés, d'acide pyrrolidone carboxylique (PCA), d'acide lactique, d'urée, de sucres et de sels minéraux. Leur rôle est de retenir l'eau au niveau de la couche cornée

- **De la kératine**, protéine qui confère une rigidité et une étanchéité au niveau épidermique ;

- **Des lipides**, constituant un véritable ciment intercellulaire.

Ce ciment est constitué d'un mélange d'acides gras polyinsaturés, de cholestérol et de céramides.

De plus, le film hydrolipidique de surface (FHLS) va retenir l'eau à la surface de la peau en s'opposant à la PIE. Le FHLS est une émulsion recouvrant l'épiderme, composée de sébum et de sueur, provenant du derme, et de cornéocytes et de lipides épidermiques (dont les céramides). Il permet de maintenir l'hydratation et la souplesse cutanées, ainsi qu'un pH acide de la peau.

Ainsi, l'hydratation cutanée résulte de l'accumulation statique d'eau sur les NMF et de la diffusion d'eau permanente (PIE) à travers le stratum corneum.[2-8]

### 2. Le derme

Le derme représente la partie résistante de la peau. C'est un tissu conjonctif, composé à 80 % d'eau, alors que la couche cornée n'en contient que 13 %. Il est divisé en deux parties : le derme superficiel ou papillaire, et le derme profond ou réticulaire.

Le derme 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. Le collagène est une protéine fibreuse jouant un rôle dans la tonicité et la résistance mécanique. L'élastine est une protéine hydrophobe qui confère une certaine souplesse à la peau. La cohésion de l'ensemble est assurée par un gel visqueux nommé substance fondamentale, dans laquelle baignent des glycosaminoglycanes très hydrophiles, dont l'acide hyaluronique, et des glycoprotéines de structure. Ce gel compressible retient l'eau comme une éponge.

A la différence de l'épiderme, le derme est vascularisé et innervé. Il apporte ainsi les nutriments à l'épiderme à travers la jonction dermo-épidermique. Il possède également un rôle de soutien et de maintien de l'épiderme, ainsi qu'un rôle dans la cicatrisation grâce aux macrophages et lymphocytes.

De plus, 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. [2-6]

### 3. 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.

## B. Rôles de la peau

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** : grâce au FHLS qui maintient un pH acide, hydrate la couche cornée et occupe un rôle dans les défenses contre les agressions de la peau ;
- **Photoprotection** : grâce aux pigments mélaniques ;
- **Fonction sensorielle** ;
- **Régulation thermique** : les thermorécepteurs de la peau envoient les informations à l'hypothalamus ;
- **Production de vitamine D** ;
- **Sécrétion** : sueur, sébum ;
- **Fonction immunitaire** : Cette fonction est assurée par le FHLS grâce à son pH acide, les germes de la flore saprophyte, la couche cornée, les cellules de Langerhans qui agissent en informant les lymphocytes T, ainsi que par les kératinocytes qui sécrètent des cytokines immunomodulatrices (les interleukines).
- **Absorption** : Cette fonction permet d'utiliser la peau comme voie d'administration de médicaments ou de cosmétiques.
- **Réserve** : de lipides (lipides de l'hypoderme) et d'eau (glycosaminoglycanes) ;
- **Cicatrisation** [2-6]

## C. Particularités pédiatriques

### 1. Particularités anatomiques et histologiques

A la naissance, la peau du nouveau-né à terme est recouverte d'un vernis protecteur blanchâtre et gras, le vernix caseosa. Fabriqué essentiellement par les glandes sébacées fœtales, il protège la peau du fœtus qui baigne dans le liquide amniotique et aurait des propriétés lubrifiantes et antibactériennes. Il sera éliminé par la toilette. La peau du prématuré (né avant 37 semaines d'aménorrhée) à la naissance est plus fine, transparente et peut être recouverte d'un lanugo, duvet recouvrant le fœtus qui n'a pas eu le temps de tomber.

La peau du nouveau-né à terme est morphologiquement proche de celle de l'adulte, à quelques différences près. L'épaisseur de l'épiderme est semblable, ainsi que le nombre d'assises cellulaires. Par ailleurs, la peau du nouveau-né à terme est moins poilue donc moins protectrice. Elle contient moins de liens intercellulaires, rendant la peau plus perméable. La protection contre les rayonnements du soleil est diminuée par rapport à l'adulte, en raison d'une mélanogénèse incomplète. D'autre part, le derme du nouveau-né à terme est différent de celui d'un adulte : il est plus mince, plus riche en fibroblastes mais moins dense en collagène et en fibres élastiques.

Malgré ces similitudes sur le plan architectural, une desquamation physiologique transitoire survient chez environ 65 % des nouveau-nés à terme. Celle-ci serait probablement liée à une dysfonction initiale de la couche cornée. Elle traduit l'existence d'une sécheresse cutanée importante et disparaît spontanément dans les deux premières semaines de vie.[9]

En revanche, la peau des prématurés se révèle immature, et ce d'autant plus que l'âge gestationnel est faible. L'épiderme est aminci : 20  $\mu\text{m}$  à 30 semaines contre 50  $\mu\text{m}$  à l'âge adulte et chez le nouveau-né à terme. La couche cornée n'a qu'une seule assise cellulaire, ce qui rend leur peau plus perméable. Cette différence se corrige le plus souvent en deux semaines, grâce à une différenciation des cellules épidermiques. [10–12]

## 2. Particularités physiologiques

- **Fonction barrière**

Cette fonction barrière de l'épiderme est liée à différents facteurs dont le principal est l'épaisseur de la couche cornée. Les lipides de surface, cholestérol et céramides, y participent également.

- **Fonction sébacée**

Pendant le premier mois de vie, la quantité de sébum est comparable à celle d'un adulte. En effet, les glandes sébacées du fœtus sont stimulées par les androgènes maternels avant la naissance. Ceci est responsable de troubles chez le nouveau-né tels que l'acné néonatale, les grains de milium, l'hyperplasie néonatale des glandes sébacées ou encore la dermatite séborrhéique.

Ensuite, le taux de sébum chute jusqu'en fin de premier trimestre, puis reste faible jusqu'à la puberté. Le FHLS est par conséquent déficient, puisqu'il est constitué uniquement par les lipides épidermiques. Ceci est à l'origine d'une sécheresse cutanée plus ou moins importante. On recommande ainsi d'utiliser une crème hydratante pour le visage et le corps quotidiennement chez l'enfant. [8,10,11,13-15]

- **Fonction sudorale et thermorégulation**

Les glandes sudorales sont immatures à la naissance, ce qui explique également l'impression de peau sèche des nouveau-nés et la sensibilité accrue aux agressions climatiques. La sécrétion se normalise durant la première année.

De plus, le tonus vasoconstricteur est immature chez le nouveau-né à terme ainsi que chez le prématuré. Cette maturation se poursuit après la naissance. [8,10,11,14,15]

- **PH cutané**

Chez l'adulte, le pH cutané est acide, en moyenne de 5,5. Le FHLS permet le maintien d'un pH acide de la peau. À la naissance, le pH cutané est compris entre 6,2 et 7,5 avec un pouvoir tampon moins efficace que chez l'adulte. Il baisse rapidement dans la semaine qui suit la naissance, autant chez le nouveau-né à terme que chez le prématuré. Le pH atteint des valeurs de 5,0 à 5,5 à la quatrième semaine de vie. [11]

- **Colonisation bactérienne**

In utero, la peau est stérile. A partir d'une semaine, la densité bactérienne est normale, à quelques différences près avec la flore des adultes. Certaines bactéries ne sont en effet pas ou peu observées durant la période néonatale : les corynebactéries, les propionibactéries ainsi que Acinetobacter. [11,12]

- **Défenses antimicrobiennes et réponse immunitaire**

Plusieurs facteurs permettent de limiter la croissance des germes pathogènes : le pH acide, la faible teneur en eau en surface, la présence d'acides gras libres, d'une flore commensale et de peptides antimicrobiens. Les lipides extracellulaires ont également un rôle mécanique dans l'imperméabilité de la couche cornée, et certains d'entre eux ont une activité antibactérienne. Par exemple, dans la dermatite atopique, la densité en staphylocoques dorés *Staphylococcus aureus* est liée à la diminution de certains lipides cutanés et de la sphingosine.

Quant au système immunitaire cutané, il est immature à la naissance et deviendra mature vers l'âge de 9 mois. Cette immaturité est « compensée » par la présence de peptides antimicrobiens comme la cathélicidine ou la bêta-défensine humaine-2. [11]

### Synthèse :

Ainsi, même si sur le plan constitutif, la peau du nouveau-né à terme est similaire à celle de l'adulte, sa physiologie encore imparfaite la rend plus fragile.

L'élévation du pH cutané, le manque de lipides ainsi que l'immaturation du système immunitaire facilitent les infections. Ceci est majoré chez le prématuré : une barrière épidermique et un système immunitaire immatures, un déficit en peptides antimicrobiens, une absence de vernix caseosa et une vulnérabilité cutanée accrue aux traumatismes mécaniques (frottements, adhésifs, etc.). Le prématuré est ainsi exposé à différents risques de complications telles qu'infectieuses mais aussi thermiques et hydroélectrolytiques.

De plus, le rapport surface/poids trois fois supérieur à celui de l'adulte est une différence notable entre la peau du nouveau-né et celle de l'adulte. Une attention particulière devra être réservée aux produits appliqués sur la peau et à leur rythme d'utilisation. Ainsi, seuls les agents topiques ne présentant pas de toxicité par voie systémique pourront être utilisés chez les nouveau-nés et les nourrissons. Par ailleurs, un nombre restreint de topiques doit être conseillé aux parents pour les soins. Ceux-ci doivent être sans risque d'irritation ni sensibilisation.

Après avoir étudié les particularités de la peau du nouveau-né et du nourrisson par rapport à celle de l'adulte, voici un rappel des lésions cutanées élémentaires, essentielles à connaître pour l'approche diagnostique d'une dermatose.

La démarche diagnostique en dermatologie inclut :

- L'interrogatoire du patient ou des parents ;
- La connaissance des caractéristiques de l'éruption ;
- La recherche de la lésion élémentaire ;
- L'observation du mode de groupement ;
- La topographie des lésions ;

La recherche d'autres symptômes comme la douleur ou le prurit.

Dans certains cas, des examens complémentaires seront nécessaires : biopsie cutanée, prélèvements bactériologiques ou parasitologiques, examens immunologiques.

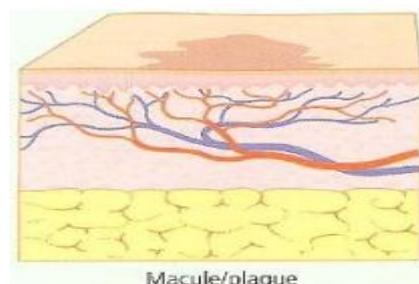
## II. PRINCIPALES LÉSIONS ÉLÉMENTAIRES DE LA PEAU

On distingue les lésions élémentaires primitives et les lésions élémentaires secondaires. Une dermatose peut être constituée d'un seul type de lésion élémentaire ou de plusieurs.

### A. Lésions primitives

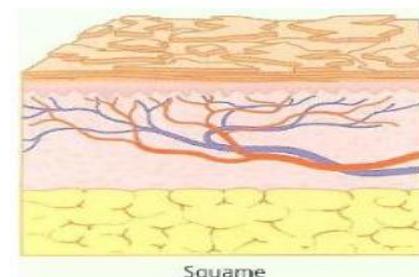
- **La macule ou tache :**

Tache dyschromique, sans relief ni infiltration. Elle peut être colorée (exemples : érythème, purpura) ou décolorée (exemple : pityriasis versicolor)



- **La squame**

Pellicule ou lamelle cornée qui 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-squameuses »). Exemple : psoriasis.

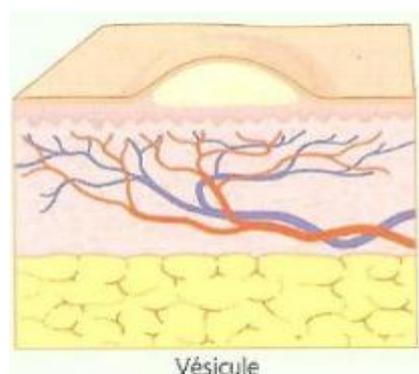


- **La kératose**

Épaississement corné plus large qu'épais. Exemple : kératose pileuse.

- **La vésicule**

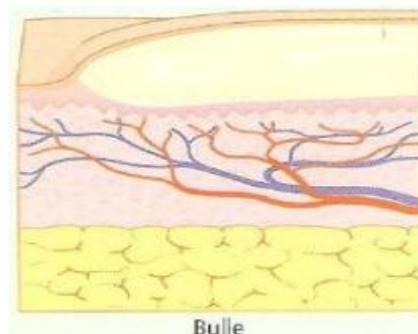
Lésion en relief, de petite taille (1 à 2 mm de diamètre), contenant un liquide transparent, située en peau saine (exemple : varicelle) ou en peau érythémateuse (exemple : eczéma). La vésicule, tout comme la bulle, est une lésion fragile et transitoire.



- **La bulle**

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

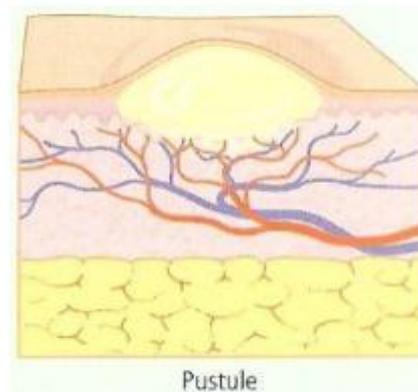
Exemple : épidermolyse staphylococcique



- **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.

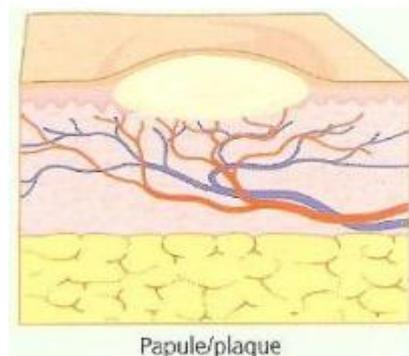
Exemple : acné



- **La papule**

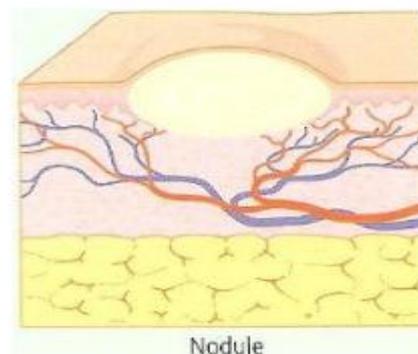
Petite lésion ( $\leq 1$  cm) en relief, solide, bien circonscrite. Exemple : urticaire.

Si elle est plus grande, on parle de plaque.



- **Le nodule**

Elevure plus ou moins saillante, sous épidermique, de grande taille ( $> 1$  cm), solide, ferme et infiltrée à la palpation. [3,16]



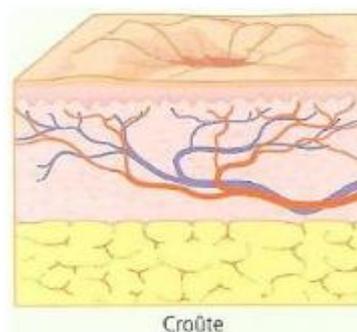
## B. Lésions secondaires

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

- **La croûte**

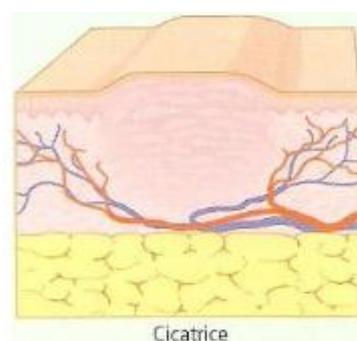
Lésion secondaire à la coagulation d'un exsudat séreux, hémorragique ou purulent.

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.

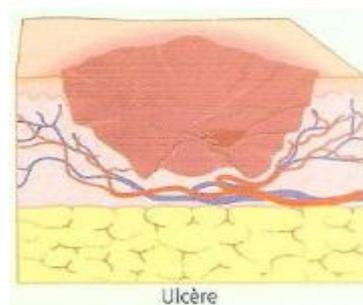


- **L'érosion**

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. [3,16,17]



**DEUXIÈME PARTIE : LES  
PATHOLOGIES  
DERMATOLOGIQUES  
COURANTES EN PÉDIATRIE**

## **I. LES DERMATOSES INFECTIEUSES**

### **A. Origine mycosique**

Les mycoses cutanées sont des infections superficielles, et parfois profondes, de la peau causées par des champignons microscopiques. Ceux-ci appartiennent à trois catégories : les levures des genres *Candida* et *Malassezia*, les dermatophytes ou, exceptionnellement, les moisissures. Ces mycoses sont très fréquentes à tout âge et bénignes le plus souvent.

#### **1. Les dermatophyties**

Les dermatophytes sont des champignons filamenteux ayant une affinité pour la kératine localisée au niveau de la couche cornée de la peau et des phanères (ongles, cheveux, poils). Ils sont absents de la flore commensale de la peau.

Ces champignons appartiennent à trois genres : *Microsporum*, *Trichophyton* et *Epidermophyton*.

Selon l'agent pathogène responsable, la transmission peut être :

- Interhumaine (espèces anthropophiles), directe ou indirecte ;
- Via les animaux (espèces zoophiles) ;
- Via l'environnement (espèces géophiles).

Ils sont cosmopolites et fréquents. Leur propagation se fait le plus souvent par contact avec des objets souillés (linge de toilette, vêtements, chaussures...) [18]. Les facteurs favorisant ces infections sont l'humidité, les traumatismes locaux, l'occlusion des plis, l'immunodépression et le diabète [19]. Il faut penser à rechercher un éventuel dermatophyte devant toute modification ou aggravation rapide des lésions.

Les dermatophytes déterminent chez l'enfant :

- **Des lésions du cuir chevelu** : les teignes,
- **Des épidermophyties de la peau glabre**, concernent la **dermatophytie circinée** et les **dermatophyties des grands et petits plis** (intertrigos). Ces dernières sont rares avant la puberté donc ne seront pas traitées ici.
- **Des lésions unguéales** ou onyxis (rares)

# Les pathologies dermatologiques courantes en pédiatrie

---

## a. La dermatophytie circinée

### Physiopathologie :

La dermatophytie circinée, autrefois appelée herpès circiné s'observe aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant. La contamination se fait via un contact direct ou indirect entre la peau et le contaminant. Les lésions apparaissent une à trois semaines après le contact infectant. [19]

Les champignons les plus fréquemment identifiés sont :

- *Microsporum canis* : dermatophyte zoophile, transmis par des animaux infectés, par l'intermédiaire des poils, touchant particulièrement les enfants ;
- *Trichophyton rubrum* : dermatophyte anthropophile, contamination inter-humaine, par l'intermédiaire des squames
- *Trichophyton mentagrophytes* : dermatophyte géophile, contamination dite tellurique, par contact de la peau avec un sol infecté.

### Clinique :

La lésion est circulaire, de quelques millimètres à quelques centimètres, avec une bordure très évocatrice érythémato-vésiculo-squameuse.

La dermatophytie circinée peut atteindre n'importe quelle partie du corps, préférentiellement les zones découvertes (face, cou, mains, avant-bras, jambes), hors plis et zones pileuses. Chez le nourrisson, une atteinte fessière est possible, souvent polycyclique, transmise par les soins manuels maternels.

La caractéristique est l'aspect annulaire et la progression centrifuge alors que le centre est en voie de guérison. On l'appelle également « roue de Sainte-Catherine ». [20]

Le diagnostic est généralement clinique et ne nécessite pas d'examen complémentaire. Rarement, une confirmation microbiologique peut être utile, en cas de doute ou d'échec thérapeutique.

Diagnosics différentiels : sont les autres lésions annulaires :

- La dermatite atopique,
- L'eczéma nummulaire,
- Le psoriasis annulaire,
- Le lupus subaigu. [18]

### **Traitement :**

La prise en charge sera fonction du nombre de lésions.

✚ **En cas de lésions limitées en nombre et en étendue**, le traitement sera un antifongique topique une à deux fois par jour pendant 2 à 4 semaines : imidazolés, ciclopiroxolamine ou terbinafine.

La terbinafine présente l'avantage de ne nécessiter qu'une seule application par jour pendant seulement une semaine. Elle sera cependant évitée chez le nourrisson en raison d'un éventuel passage systémique.

- Crèmes pour les lésions sèches ;
- Gels, lotions, solutions, émulsions ou poudres pour les lésions macérées ou suintantes.

✚ **En cas d'atteintes multiples**, le traitement sera systémique. Le seul antifongique per os ayant une AMM et une présentation adaptée chez l'enfant à partir d'un an est la griséofulvine. Il est administré à la dose de 10 à 20 mg/kg/jour, en deux prises, pendant quatre à huit semaines. Il doit être pris au cours d'un repas riche en graisses pour améliorer son absorption. Ce traitement est bien toléré chez l'enfant, mais il faut faire attention au soleil car il peut être photosensibilisant. [21]



**Figure 2: Dermatophytie circinée d'une patiente vue en consultation aux urgences pédiatriques, CHU HASSAN II, Fès**

## FICHE DE SYNTHÈSE ET DE CONSEIL

### **Dermatophytie circinée**

**Infection de la peau glabre, dépourvue de cheveux, provoquée par des champignons appelés dermatophytes.**

La plus fréquente des épidermophyties, s'observe dans le monde entier, dans tous les groupes d'âge.

Transmission : par contact direct ou indirect entre la peau et le contaminant (animale ou humain)

Les lésions apparaissent une à trois semaines après le contact infestant.

### **Clinique :**

Une ou plusieurs plaques érythématosquameuses arrondies ou annulaires, à bords nets, avec guérison centrale et extension centrifuge avec une bordure active inflammatoire.

La dermatophytie circinée peut atteindre n'importe quelle partie du corps, préférentiellement les zones découvertes (face, cou, mains, avant-bras, jambes), hors plis et zones pileuses.



### **Diagnostic :**

Le diagnostic est généralement clinique et ne nécessite pas d'examen complémentaire.



### **Traitement :**

**\*Si lésions limitées en nombre et en étendue**

=**Traitement antifongique locale**

Imidazolés

Ciclopiroxolamine

Ou terbinafine.

1 à 2 applications /jour pendant 2 à 4 semaines

**\*Si atteintes multiples**

=**Traitement antifongique par voie orale**

Griséofulvine (AMM si enfant >1an)

10 à 20 mg/kg/jour, en deux prises,

Pendant 4 à 8 semaines

### **Conseils :**

- Rechercher et traiter la source de la contamination (entourage ou animaux).
- Supprimer les facteurs favorisants comme l'humidité et la macération.
- Utiliser un savon acide.

## b. Les teignes

### **Définition :**

Les teignes sont des infections dermatophytiques dues à un parasitisme pileaire. Elles atteignent le cuir chevelu chez l'enfant, principalement avant la puberté, et sont très exceptionnelles chez l'adulte. Elles peuvent régresser spontanément à la puberté.

La transmission interhumaine indirecte est la plus fréquente pour les teignes du cuir chevelu. Elle s'effectue via les bonnets, le matériel de coiffure et entraîne ainsi de petites épidémies familiales.

On distingue trois types de teignes avec des symptomatologies très variables.

### **Différents types de teignes**

#### **Teignes tondantes**

Les teignes tondantes atteignent principalement les enfants d'âge scolaire, entre 4 et 10 ans, surtout les garçons. Les nourrissons sont très rarement atteints. Les adultes peuvent constituer des « porteurs sains ».

Il existe deux formes cliniques de teignes tondantes :

<b>Les teignes tondantes microsporiques</b>	<b>Les teignes tondantes trichophytiques</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Grandes plaques érythémato-squameuses, de plusieurs centimètres de diamètre, uniques ou en petit nombre, cheveux d'aspect grisâtre, cassés à 2 à 3 mm de leur émergence</li><li>- Principal agent responsable : <i>Microsporum canis</i>, espèce zoophile transmise par les animaux de compagnie.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Petites plaques éparses squamo-croûteuses grisâtres, de 1 à 2 cm de diamètre, cheveux cassés très courts.</li><li>- Espèces à transmission interhumaine uniquement ; presque toujours importées d'Afrique [22].</li></ul>

#### **Teignes suppuratives= appelées teignes inflammatoires ou kériens**

- Elles sont surtout dues à des dermatophytes zoophiles ou géophiles.
- Débutent par un ou plusieurs placards ronds érythémato-squameux, qui évoluent très rapidement et se couvrent de pustules laissant couler un pus jaunâtre. Les cheveux s'éliminent spontanément.
- Des adénopathies peuvent être présentes, traduisant une surinfection bactérienne, ainsi que de la fièvre ou des douleurs. Ces manifestations sont impressionnantes mais non graves et n'entraînent pas de séquelles [18].

#### **Teignes faviques**

- La teigne favique due à *Trichophyton schoenleinii* (exceptionnelle).
- Elle est contagieuse par sa transmission interhumaine et souvent liée à de mauvaises conditions d'hygiène.

# Les pathologies dermatologiques courantes en pédiatrie

## Diagnostics différentiels

Les principaux diagnostics différentiels sont :

Maladie	Éléments distinctifs
<b>Pelade</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Plaques arrondies ou ovalaires d'alopecie sans squames ni inflammation, ni cheveux en forme de points noirs</li><li>• Ponctuations unguéales souvent présentes</li></ul>
<b>Trichotillomanie</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Plaques d'alopecie souvent mal limitées à l'intérieur desquelles les cheveux cassés sont de longueurs différentes</li><li>• Des pétéchies ou des croûtes hémorragiques peuvent être présentes (si les cheveux sont arrachés du cuir chevelu)</li><li>• Pas de squames ni de cheveux en forme de points noirs</li><li>• Une histoire de manipulation des cheveux peut être évoquée par la famille (mais pas toujours)</li></ul>
<b>Folliculite bactérienne</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pas d'alopecie ni de desquamation</li><li>• Culture positive pour <i>Staphylococcus aureus</i></li><li>• Note : chez les patients ayant une teigne, <i>S. aureus</i> peut souvent être retrouvé en culture à partir du cuir chevelu (bien que es pustules elles-mêmes puissent être stériles)</li></ul>
<b>Abcès bactérien</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Moins susceptible d'entraîner une alopecie qu'un kérion</li><li>• Pas de squames</li><li>• La mise en culture du contenu montre habituellement la présence de <i>S. aureus</i> ou d'autres bactéries.</li><li>• Note : chez les patients ayant une teigne, <i>S. aureus</i> peut souvent être retrouvé en culture à partir du cuir chevelu (bien que es pustules elles-mêmes puissent être stériles)</li></ul>
<b>Alopecie de traction</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La traction sur les cheveux peut entrainer une alopecie localisée aux zones où les cheveux sont tirés</li><li>• Une folliculite peut survenir, mais sans squames ni cheveux en forme de points noirs</li><li>• Histoire de tresses serrées ou de queues de cheval souvent présente, avec amincissement des cheveux dans les zones périphériques.</li></ul>
<b>Dermatite séborrhéique</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• N'entraîne classiquement pas d'alopecie</li><li>• Peu susceptible de survenir chez les enfants (touche le plus souvent les nourrissons et les enfants pubères ou plus âgés)</li></ul>

**Le diagnostic de certitude** : Repose sur l'examen direct et la culture, indispensable pour confirmer le diagnostic et identifier l'espèce en cause.

### Traitement

Le traitement antifongique doit être à la fois local et systémique, d'une durée d'au moins six semaines, jusqu'à guérison complète clinique et mycologique. En effet, les traitements topiques seuls ne pénètrent pas assez les cheveux pour éradiquer l'infection. En cas d'agent infectieux anthropophile, toute la famille devra être examinée.

→ Le traitement local est un imidazolé ou de la ciclopiroxolamine, sous une forme galénique adaptée au cuir chevelu (solution, crème ou shampooing).

→ Le traitement par voie générale est la **griséofulvine**, à partir d'un an, à la posologie de 20mg/kg/jour.

Peuvent être associés, en cas de kérion sévère et douloureux, une corticothérapie par voie générale pour une durée très limitée, ou des antibiotiques systémiques en cas de surinfection bactérienne.

Le traitement comporte également la désinfection des bonnets, capuches, matériel de coiffure, avec un antifongique en poudre [23].

NB : pour remplacer la griséofulvine en cas de rupture → l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et un ensemble de sociétés savantes proposent une stratégie thérapeutique reposant sur la **terbinafine** (teigne trichophytique) et l'**itraconazole** (teigne microsporique) :

La terbinafine	L'itraconazole
Traitement initial de <b>4 semaines</b> , Administration 1 fois par jour, au cours du repas : <ul style="list-style-type: none"><li>• Enfant de 10 à 20 kg : 62,5 mg/j</li><li>• Enfant de 21 à 40 kg : 125 mg/j</li><li>• Enfant de plus de 40 kg : 250 mg/j</li></ul>	Administration 1 fois par jour en dehors des repas. Pendant <b>6 semaines</b> Dose en fonction du poids : <ul style="list-style-type: none"><li>• Enfant de 10 à 20 kg : 50 mg /j</li><li>• Enfant de 20 kg et plus : 100 mg /j</li></ul>

### L'éviction scolaire est-elle obligatoire ?

Théoriquement, la loi de 1989 rend l'éviction scolaire obligatoire pour les teignes anthropophiles mais, aujourd'hui, cela ne paraît plus nécessaire en cas de « présentation d'un certificat médical attestant d'une consultation et de la prescription d'un traitement adapté » (Guide des conduites à tenir en cas de maladies transmissibles dans une collectivité d'enfants. Conseil supérieur d'hygiène publique de France : séance du 14 mars 2003). En effet, la contagiosité diminue rapidement avec l'instauration du traitement. De plus, la contamination est essentiellement intrafamiliale. Enfin, l'éviction scolaire pendant plusieurs semaines peut être contraignante pour la famille. Le médecin scolaire devra cependant être prévenu [24].



**Figure 3 : Teigne suppurative inflammatoire chez un patient suivi en pédiatrie, CHU Hassan II Fès**



**Figure 4 : Kérion chez un patient suivi en pédiatrie, CHU Hassan II Fès**



**Figure 5: Teigne tondante microsporique chez un patient suivi en pédiatrie, CHU Hassan II Fès**



**Figure 6 : Teigne tondante trichophytique chez un patient suivi en pédiatrie, CHU Hassan II Fès**

## FICHE DE SYNTHÈSE ET DE CONSEIL

### Les teignes du cuir chevelu

Les teignes sont des infections dermatophytiques atteignent le cuir chevelu chez l'enfant, principalement avant la puberté et qui peuvent régresser spontanément à la puberté.

La transmission interhumaine indirecte est la plus fréquente. S'effectue via les bonnets, le matériel de coiffure et entraîne ainsi de petites épidémies familiales.

**La symptomatologie** : est variable selon le type de teigne

Teignes tondantes		Teignes suppuratives	Teignes faviques
Grandes plaques érythémato-squameuses, uniques ou en petit nombre, cheveux d'aspect grisâtre, cassés à 2 à 3 mm de leur émergence	Petites plaques éparses squamo-croûteuses grisâtres, de 1 à 2 cm de diamètre, cheveux cassés très courts.	Un ou plusieurs placards ronds érythémato-squameux, qui se couvrent de pustules laissant couler un pus jaunâtre. Associés parfois à des adénopathies, fièvre et des douleurs.	Petite dépression centrée par un cheveu et remplie d'un matériel jaunâtre, friable, nauséabond. Risque d'évolution vers une alopecie cicatricielle définitive.



**Diagnostic** : Repose sur l'examen direct et la culture, indispensable pour confirmer le diagnostic et identifier l'espèce en cause.

#### Traitement :

Le traitement antifongique doit être à la fois local et systémique pendant 6 à 8 semaines.

→ Le traitement local est un imidazolé ou de la ciclopiroxolamine, sous une forme galénique adaptée au cuir chevelu (solution, crème ou shampooing).

→ Le traitement par voie générale est la **griséofulvine**, à partir d'un an, à la posologie de 20mg/kg/jour.

→ Le traitement alternatif de la griséofulvine : reposant sur la **terbinafine** (teigne trichophytique) et l'**itraconazole** (teigne microsporique)  
L'éviction scolaire n'est pas obligatoire après début de traitement.

#### Conseils :

- Rassurer les parents : les cheveux repousseront (sauf en cas de teigne favique, exceptionnelle).
- Insister sur l'observance thérapeutique : continuer le traitement local et systémique jusqu'à son terme.
- En cas d'agent zoophile, l'animal infecté doit être vu et traité par un vétérinaire.
- Eviter les échanges de bonnets, casquettes, peignes, brosses, barrettes, foulards, oreillers. Les désinfecter si besoin avec un antifongique en poudre.

## 2. Les candidoses

Les candidoses sont des infections opportunistes liées à des levures du genre *Candida*, dont l'espèce *albicans* est responsable de la plupart des pathologies chez l'Homme. Ce champignon est un commensal des cavités naturelles (buccale, digestive, vaginale) mais de nombreux facteurs peuvent entraîner le passage de l'état commensal à l'état pathogène.

Ces facteurs peuvent être :

- **Des facteurs locaux** : humidité, chaleur, transpiration, manque d'hygiène, macération
- **Des facteurs généraux** : diabète, déficit immunitaire
- **La prise de certains médicaments** : antibiotiques, corticoïdes locaux ou généraux, traitements immunosuppresseurs.

Par ailleurs, *Candida albicans* est toujours pathogène sur la peau. Chez le nourrisson, les candidoses atteignent principalement la bouche et la région génito-fessière.

D'autres candidoses cutanées peuvent atteindre les plis, les espaces interdigitaux ou les ongles [25].

### *a. Candidoses cutanées*

#### ❖ Onyxis et périonyxis candidosique

##### Clinique :

Le début se fait par un périonyxis douloureux inflammatoire. La sertissure de l'ongle est marquée par une goutte de pus donnant un aspect jaune verdâtre ou gris verdâtre du bord latéral de l'ongle. La tablette se déforme par des sillons transversaux ou de petites dépressions, la lame devient molle et friable, se détache du lit et peut s'éliminer spontanément. Les ongles des mains sont beaucoup plus fréquemment atteints que les ongles des pieds [26].

Ils sont souvent associés à une atteinte buccale. Ils peuvent être suivis d'onychomadèse, c'est-à-dire du décollement proximal de la tablette unguéale

##### Traitement

Le traitement sera local par :

- Des bains d'antiseptique plusieurs fois par jour
- Imidazolés locaux 1 à 2 applications /jour jusqu'à guérison avec surveillance de l'évolution.

Si récurrences ou lésions multiples : traitement antifongique par voie orale **kétoconazole** (fluconazole) 2 à 3 mg/kg/j

Il faudra également vérifier la vaccination antitétanique. [3]

##### Conseils

- Encouragez l'enfant à ne pas se ronger les ongles, les écorcher ou les mâcher.
- Utilisez plutôt un coupe-ongles.
- Évitez de repousser ou couper les cuticules



**Figure 7:Périonyxis chez un nourrisson (Photo de la littérature.)**

### ❖ Intertrigos

En cas de candidose des plis, tous les plis peuvent être atteints :

- **Grands plis** : inter-fessier, sous-mammaires, génito-cruraux, abdominaux, axillaires.
- **Petits plis** : derrière les oreilles, interdigitaux palmaires, commissures labiales

Les localisations les plus fréquentes, tous âges confondus, sont le pli inter-fessier, les plis sous-mammaires et plus rarement les plis inguinaux. Ces mycoses doivent être traitées rapidement afin d'éviter une propagation à d'autres zones corporelles ainsi qu'à d'autres personnes, mais aussi afin d'éviter une surinfection bactérienne. [27]

#### Physiopathologie

Chez le jeune enfant, les candidoses du siège sont les plus fréquentes. Elles sont favorisées par la prise d'antibiotiques per os, la diarrhée et la macération liée aux couches. Elles peuvent également survenir d'emblée ou compliquer d'autres pathologies : une dermatite irritative, une dermatite séborrhéique ou un psoriasis [3,28]

#### Clinique de la candidose du siège

On observe un érythème intense périanal, avec un enduit blanchâtre du fond du pli, et parfois en périphérie des pustulettes évoluant vers une desquamation. Par la suite, les plis inguinaux et les organes génitaux peuvent être atteints. La dermatite en Y est caractérisée par l'atteinte des plis inguinaux et du pli inter-fessier.

Les candidoses du siège peuvent être associées à un muguet buccal, un panaris superficiel péri unguéal à *Candida* des doigts ou des orteils, ainsi qu'à une autre candidose des plis comme le cou ou les aisselles [3,29]

#### Diagnostics différentiels

Les diagnostics différentiels des candidoses du siège sont : le psoriasis, les dermatites de contact, un intertrigo bactérien ou dermatophytique [25].

#### Traitement d'une candidose du siège

Une candidose du siège doit être traitée rapidement par un traitement local :

- **Ciclopirox olamine 1%** : 2 application/j pendant 3 semaines  
Ou
- **Terbinafine 1%** : 1 application/j, pendant 1 semaine  
Ou
- **Dérivés imidazolés** : exemple Econazole 1% 2 application /j pendant 3 semaines

La forme galénique sera choisie en fonction du type de lésion : crèmes et émulsions pour les lésions cutanées sèches ; gels, lotions, solutions pour les lésions suintantes ou macérées. [25]



**Figure 8: candidose cutanée du siège étendue au dos et aux fesses chez un nourrisson diabétique suivi en pédiatrie, CHU Hassan II Fès**

## FICHE DE SYNTHÈSE ET DE CONSEIL

### Candidose du siège

Infections opportunistes liées à des levures du genre Candida

L'espèce albicans est responsable de la plupart des cas

Elles sont favorisées par la prise d'antibiotiques per os, la diarrhée et la macération liée aux couches. Elles peuvent également survenir d'emblée ou compliquer d'autres pathologies : une dermatite irritative, une dermatite séborrhéique ou un psoriasis

#### Clinique :

Érythème intense périanal, avec un enduit blanchâtre du fond du pli  
La dermatite en Y est caractérisée par l'atteinte des plis inguinaux et du pli inter-fessier voir OGE

#### Diagnostic :



Le diagnostic positif est clinique

#### Traitement :

##### - **Traitement local :**

- **Ciclopiroxolamine 1%** : 2 application/j pendant 3 semaines  
Ou
- **Terbinafine 1%** : 1 application/j, pendant 1 semaine  
Ou
- **Dérivés imidazolés** : exemple Econazole 1% 2 application /j pendant 3 semaines

#### Conseils :

- Eviter les facteurs favorisants comme l'humidité, la macération, l'irritation
- Changer les couches fréquemment, favoriser les moments sans couches.
- Utiliser un savon neutre ou alcalin, car l'acidité favorise la prolifération du candida.
- Bien sécher les plis cutanés après la toilette
- Le traitement doit être réalisé dans son intégralité même si les symptômes s'améliorent dès les premiers jours.

## *b. Candidoses buccales*

### Physiopathologie

Les candidoses buccales sont fréquentes chez le jeune enfant : un enfant sur trois est porteur sain de *C. albicans*, hôte saprophyte de la cavité buccale. Ces candidoses buccales sont favorisées par la prise d'antibiotiques, une mastite à *C. albicans* chez la mère allaitante, ou l'usage prolongé d'une tétine mal nettoyée. [10]

### Clinique

Le muguet se définit comme une candidose aiguë pseudomembraneuse : dépôts blancs crémeux sur fond de muqueuse érythémateuse, d'abord très adhérents puis se détachant par un raclage léger à l'abaisse-langue. Il peut s'accompagner de sécheresse de la bouche et de sensation de cuisson. Chez les nourrissons, les lésions prédominent sur la langue et la face interne des joues, gênant parfois l'alimentation. Elles peuvent également se développer sur l'oropharynx postérieur et les commissures latérales de la bouche : on parle alors de perlèche ou chéilite angulaire.[30]

### Diagnostiques différentiels

Maladie	Éléments distinctifs
<b>Rétention d'aliment ou de préparation infantiles</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Plaques blanches facilement retirables avec un abaisse-langue ou une compresse</li></ul>
<b>Langue géographique</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Plaques bien limitées, parfois annulaires, qui peuvent ressembler à des érosions sur la langue</li><li>• Les sites atteints changent tous les jours</li></ul>
<b>Gingivostomatite herpétique</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Multiples vésicules et ulcérations douloureuses situées sur la muqueuse buccale, la langue, ou les gencives</li><li>• La peau péri-buccale présente souvent des lésions similaires</li><li>• Les enfants sont fébriles, en mauvais état général, et à risque de déshydratation</li></ul>
<b>Herpangine</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Petites vésicules ou ulcérations superficielles typiquement localisées sur les piliers amygdaliens, le voile du palais, les amygdales et la luette</li><li>• Associée à la fièvre, un mal de gorge, ou une dysphagie</li></ul>
<b>Taches de Koplik de la rougeole</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Points gris-blanc souvent avec érythème périphérique</li><li>• Classiquement localisées sur la muqueuse buccale en regard des molaires</li><li>• Les patients sont généralement en mauvais état général avec fièvre, toux, rhinite et conjonctivite</li></ul>

## Les pathologies dermatologiques courantes en pédiatrie

---

**Diagnostic** est le plus souvent clinique.

### **Traitements**

Le traitement chez le nourrisson et l'enfant se fait par antifongique buccal pendant une à trois semaines

Il n'y a pas de consensus pour le traitement du muguet chez le nourrisson et l'enfant, mais la forme gel apparaît plus adaptée (exemple : miconazole) Cette forme est cependant contre-indiquée chez l'enfant de moins de 6 mois car le réflexe de déglutition est insuffisamment développé avant cet âge. Chez l'enfant de plus de 6 mois, il devra être appliqué par petites quantités et non au fond de la gorge, afin d'éviter tout risque de suffocation.



**Figure 9 : muguet buccal avant et après traitement chez une patiente suivie pour déficit immunitaire.**

**Service de pédiatrie, CHU HASSAN II, Fès**

## FICHE DE SYNTHÈSE ET DE CONSEIL

### Candidoses buccales

- Ces candidoses buccales sont favorisées par :
- la prise d'antibiotiques,
  - une mastite à *C. albicans* chez la mère allaitante
  - l'usage prolongé d'une tétine mal nettoyée

#### Clinique :

**Muguet :** dépôts blancs crémeux sur fond de muqueuse érythémateuse, d'abord très adhérents puis se détachant par l'abaisse-langue +/- perlèche ou chéilite angulaire

#### Diagnostic :



Le diagnostic positif est souvent clinique

**NB** Une candidose résistante, étendue ou chronique chez le jeune enfant doit faire suspecter un **déficit immunitaire acquis ou héréditaire.**

#### Traitement :

- Antifongique buccal :  
**Miconazole gel ++**  
**1 application 3 fois /jour Pendant 15j**
  - Imbiber la compresse par SB 14%° et nettoyage de la cavité buccale
  - Recherche et traitement d'une candidose mammaire chez la mère allaitante.
- (Exemple : isoconazole 2% crème 1 app après la tétée 3 fois par jour pdt 10 jours) avec lavage soigneux par l'eau chaude du sein avant chaque tétée.**

#### Conseils :

- Insister sur la bonne observance et les règles d'hygiène rigoureuses.
- Rechercher systématique du facteur favorisant pour son éviction.
- En cas de candidose mammaire, la mère devra être traitée simultanément.
- Conseiller à la maman de stériliser tout ce que l'enfant met dans la bouche, par exemple à l'eau bouillante.

## 3. Le pityriasis versicolor

C'est une mycose fréquente, touchant les deux sexes et prédomine chez les adolescents car leurs glandes sébacées sont hyperactives. Elle est due à *Malassezia furfur*, champignon saprophyte de la peau (levure lipophile).

Le pityriasis versicolor n'est pas contagieux contrairement à de nombreuses mycoses cutanées.

### Clinique

Il se manifeste par des petites taches ou macules hypochromiques arrondies, de couleur jaunes chamois, finement squameuses, pouvant confluer et fusionner pour donner des grandes nappes à bordure géographique. Les lésions se localisent sur les zones séborrhéiques : haut du thorax, dos, épaules, bras, pouvant s'étendre au cou, au bas du tronc. Le grattage à l'abaisse langue ou à la curette fait détacher les squames (signes de copeau). [31]

### Diagnostic

Le diagnostic est clinique et peut être confirmé la mise en évidence à la lumière de Wood d'une fluorescence vert jaunâtre.

L'examen microscopique au scotch test montre au microscope des amas de levures groupés à la manière de grappes de raisin. [31,32]

### Diagnostic différentiel

Maladie	Éléments distinctifs
Vitiligo	<ul style="list-style-type: none"><li>• Les lésions de vitiligo sont dépigmentées et apparaissent ainsi complètement blanches</li><li>• L'examen à la lampe blanches montre une nette accentuation de la dépigmentation</li></ul>
Pityriasis alba	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lésions à bordures mal définies</li><li>• Surviennent le plus souvent sur le visage</li></ul>
Pityriasis rosé de Gilbert	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lésions en relief et inflammatoires</li><li>• Lésions dont le grand axe est disposé de façon parallèle aux lignes de tension de la peau</li></ul>

### Traitement

#### **Lésions localisées : traitement antifongique locale**

**Kétoconazole** 2% shampoing 1/j pendant 3 jours

**Kétoconazole** 2 % crème 1/j pendant 7 jours

**Terbinafine** 1% : (crème ou gel) 1/j pendant 7 jours

**Ciclopirox** 1% : (crème) 2/j pendant 14 jours

**Econazole** 1% : (crème) 1/j pendant 21 jours

#### **Lésions étendues ou échec du traitement antifongique locale**

**Fluconazole** 400 mg en dose unique

**Itraconazole** 400 mg en dose unique

#### **Si récurrence des lésions : traitement antifongique oral au long cours**

**Itraconazole** 200 mg en matin et soir un jour par mois à réévaluer tous les 6 mois.



**Figure 10: pityriasis versicolor chez un nourrisson.**  
**(Collection des docteurs C Burgler et C Gouveia)**



**Figure 11:Pityriasis versicolor au niveau de la partie supérieure du dos.**

## FICHE DE SYNTHÈSE ET DE CONSEIL

### Pityriasis versicolor

C'est une mycose fréquente non contagieuse prédomine chez les adolescents due à *Malassezia furfur*, favorisées par : le climat chaud ou humide, la peau huileuse, les changements hormonaux et par l'affaiblissement du système immunitaire (diabète, prises des immunosuppresseurs, déficit immunitaire...)

#### Clinique :

-Petites taches ou macules hypochromiques arrondies, de couleur jaunes chamois, finement squameuses, pouvant confluer et fusionner pour donner des grandes nappes à bordure géographique.  
-Les lésions se localisent sur les zones séborrhéiques  
-grattage à l'abaisse langue ou à la curette fait détacher les squames (signes de copeau)



#### Diagnostic :

Le diagnostic positif est souvent clinique  
La lumière de wood montre une fluorescence vert jaunâtre

#### Traitement :

##### **Si lésion localisée = Antifongique locale :**

- **Kétoconazole 2%** champ 1/j pdt 3 j
- **Kétoconazole 2 %** crème 1/j pdt 7 j
- **Terbinafine 1%** : (crème ou gel) 1/j pdt 7j
- **Ciclopirox 1%** : (crème) 2/j pdt 14 j
- **Econazole 1%** : (crème) 1/j pdt 21 j

##### **Si Lésions étendues ou échec du traitement antifongique locale**

- **Fluconazole 400 mg** en dose unique
- **Itraconazole 400 mg** en dose unique

##### **Si récurrence des lésions : traitement antifongique oral au long cours**

- **Itraconazole 200 mg** en matin et soir un jour par mois à réévaluer tous les 6 mois

#### Conseils :

Afin d'éviter les récurrences :

- Ne pas utiliser de produits huileux sur la peau.
- Ne pas porter de vêtements serrés et qui ne permettent pas à la peau de respirer.
- Porter des vêtements qui protègent du soleil, comme des chapeaux ou des manches longues.

## B. Origine bactérienne

### 1. L'impétigo

#### Définition et épidémiologie

L'impétigo est l'infection cutanée bactérienne la plus fréquente chez l'enfant entre 2 et 5 ans. Il s'agit d'une infection, contagieuse et non immunisante, responsable de petites épidémies dans les collectivités (écoles, crèches...) en particulier en été ou par temps chaud. [33,34]

#### Physiopathologie

L'impétigo est une infection superficielle de la peau contagieuse d'origine bactérienne, se propageant par contact direct avec les lésions ou indirectement via le linge de toilette, les vêtements, les objets contaminés.

La contamination peut également s'effectuer par auto-inoculation, pouvant entraîner la dissémination des lésions à d'autres parties du corps. [33,35]

#### **Les bactéries en causes sont :**

- Staphylococcus aureus (ou Staphylocoque doré) : bactérie la plus fréquemment rencontrée.
- Plus rarement, les bactéries du genre Streptococcus, essentiellement les Streptococcus pyogenes (ou Streptocoque bêta-hémolytique du groupe A).

Parfois, il existe une co-infection simultanée par ces deux genres de bactéries.

#### **Les facteurs favorisant l'impétigo sont :**

- Les lésions de la peau ;
- Un manque d'hygiène ;
- Les infections nasales à staphylocoque doré ;
- L'immunodépression. [35-37]

#### Clinique

Plusieurs formes d'impétigo existent. L'impétigo croûteux est le plus fréquent, ensuite on trouve l'impétigo bulleux et enfin l'ecthyma.

Le terme impétiginisation correspond à la surinfection d'une dermatose préexistante telle que : l'eczéma, l'herpès, la gale, la varicelle, les pédiculoses...

### **L'impétigo croûteux**

L'impétigo croûteux est la forme la plus fréquente, représentant 70% des cas.

Il est caractérisé par l'apparition de vésicules ou de pustules sur une peau rouge, enflammée. Ces vésicules ou pustules vont se rompre facilement en quelques heures, laissant une lésion suintante, puis former une croûte jaunâtre (dite mélicérique car aspect de miel).

Les lésions d'impétigo se développent sur une peau saine ou sur une dermatose préexistante (impétiginisation), souvent au niveau de la face, près des orifices (narines, bouche...), et peuvent s'étendre au reste du corps par manuportage et grattage des lésions.

Sauf si complication, l'enfant se porte bien et n'a pas de fièvre. Une adénopathie régionale est fréquente. [35–37]

### **L'impétigo bulleux**

L'impétigo bulleux est souvent dû au *Staphylococcus aureus* et est souvent observé chez le nouveau-né et le nourrisson.

La lésion élémentaire est caractérisée par la formation d'une bulle de 1 à 2 cm, transparente et entourée d'un halo rouge. Cette bulle se rompt au bout de 2 ou 3 jours et libère un liquide qui va contaminer d'autres zones du corps.

Les lésions se développent le plus souvent sur le tronc, le périnée, les pieds ou les mains. Cette forme d'impétigo peut être associée à une fièvre modérée, une diarrhée et une fatigue.

### **L'ecthyma**

L'ecthyma est une forme creusante de l'impétigo, ulcérée et croûteuse. Il se développe préférentiellement sur des patients ayant une prédisposition : diabète, immunodépression, mauvaise hygiène. [34,35]

### ***Evolution***

L'impétigo évolue généralement vers la guérison en deux semaines. L'atteinte est superficielle, les lésions disparaissent donc sans laisser de cicatrice sauf en cas de grattage. Les récurrences sont possibles.

En cas d'impétigo non traité, celui-ci peut s'étendre, se compliquer et/ou persister pendant plusieurs semaines ou mois. [36]

## Complications

Les complications de l'impétigo sont rares. Ces complications peuvent être :

- L'atteinte progressive du reste du corps par l'apparition de nouvelles lésions.
- La contamination d'autres personnes, d'enfants, provoquant de petites épidémies dans les collectivités.
- Un passage systémique de l'infection bactérienne pouvant entraîner pneumonie ou septicémie (rare).
- Des complications locales sont possibles telles que : abcès, lymphangite, arthrite septique.
- Exceptionnellement, une glomérulonéphrite aiguë en cas d'impétigo streptococcique. Il est donc nécessaire de contrôler la protéinurie 3 semaines après l'épisode infectieux. [35-39]

## Pise en charge

### **a- Les mesures d'hygiène**

Les mesures d'hygiène suivantes sont à appliquer tout de suite :

- Toilette quotidienne ou biquotidienne, de l'enfant, à l'eau et au savon doux, et rinçage.
- Eviter la macération des lésions (pansements occlusifs, vêtements serrés, couches...).
- L'enfant doit garder ses mains propres et les ongles courts.
- L'enfant ne doit pas toucher ou gratter ses lésions. S'il est suffisamment âgé, lui expliquer qu'il y a un risque de contamination d'autres parties du corps.
- Le linge, les vêtements, et les objets de l'enfant doivent être fréquemment lavés.
- Ne pas échanger le linge de toilette ou des vêtements avec les frères et sœurs.
- Pour les parents : Bien se laver les mains avant et après contact ou soin de l'enfant.
- Utilisation de pommade (ex. vaseline ou pommade antibiotique) pour éliminer les croûtes.[33,34,37,39]

# Les pathologies dermatologiques courantes en pédiatrie

## b- L'antibiothérapie

Le traitement de l'impétigo passe par l'utilisation des antibiotiques. En fonction de la sévérité, on choisira une antibiothérapie locale ou systémique.

L'association des antibiotiques locaux et oraux n'est pas recommandée mais possible. De même, l'utilisation d'antiseptique n'a pas prouvé son intérêt dans l'impétigo. [40]

**Tableau 1: Indication des antibiotiques locaux et oraux dans l'impétigo [34,41]**

	Antibiotiques locaux	Antibiotiques oraux (si 1 des critères présent)
Forme d'impétigo	Impétigo croûteux peu sévère	Impétigo croûteux sévère, Impétigo bulleux et Ecthyma
Surface atteinte	Lésions peu étendues (inférieures à 2% de la surface cutanée totale)	Supérieure à 2% de la surface cutanée totale
Nombre de sites lésionnels actifs	Moins de 5	Plus de 5
Extension rapide	Non	Oui
Signes généraux ou de complications	Non	Oui
Autres	/	-Localisation difficile pour un traitement local (ex. lèvre) ; -Terrain fragilisé (immunodépression) ; -Allergie de contact aux antibiotiques locaux ; - Absence d'amélioration après 48h sous antibiothérapie locale.

### - Traitement par voie locale : [34,36]

Le traitement repose sur l'application d'un antibiotique topique à base d'acide fusidique, de mupirocine ou plus rarement de chlortétracycline, à appliquer de 2 à 3 fois par jour, pendant 5 à 10 jours. La forme pommade, plus grasse, est privilégiée afin de ramollir et faire tomber les croûtes.

### - Traitement par voie générale : [34–36,39,40]

Traitement par antibiotiques oraux ou par voie parentérale pendant 5 à 10 jours dans les cas sévères ou dans les cas cités précédemment.

L'examen bactériologique n'étant pas réalisé en temps normal, il faut que l'antibiothérapie soit anti staphylococcique et antistreptococcique : les deux bactéries pouvant être responsable de l'impétigo.

Les pénicillines M ou l'amoxicilline/acide clavulanique semblent être les antibiotiques systémiques à privilégier en première intention.

### - Cas particulier de suspicion de SARM : [42]

En cas de facteurs de risque de SARM (hospitalisation récente de l'enfant ; utilisation prolongée ou récurrente d'antibiotiques ; contact avec un cas avéré) un prélèvement bactériologique est effectué.

On instaure un traitement antibiotique per os à base de triméthoprime/sulfaméthoxazole, acide fusidique ou ciprofloxacine.

### Les conseils

Rappeler les mesures d'hygiène : toilette quotidienne, lavage des mains, ongles courts...

Rappeler que l'enfant ne doit pas toucher ou gratter les lésions.

Il est nécessaire d'informer l'école ou la crèche de l'infection.

Il faut éviter tout contact rapproché avec d'autres enfants.

Eviction :

- Si les lésions de l'enfant sont peu étendues et peuvent être protégées, il n'y a pas nécessité d'éviction de la collectivité.
- Par contre, si les lésions sont trop nombreuses ou difficiles à protéger (lèvres, narines...), l'éviction est nécessaire :
  - ✓ En cas d'antibiothérapie locale, il faut attendre la guérison complète des lésions.
  - ✓ En cas d'antibiothérapie générale, l'éviction doit être maintenue 48h après le début du traitement. [33,34,37]



**Figure 12 : Impétigo crouteux chez un patient vu aux urgences pédiatriques, CHU HASSAN II, Fès**



**Figure 13: Impétigo bulleux sur une dermatite atopique de l'avant-bras (photo CHU Hassan II Fès).**

## FICHE DE SYNTHÈSE ET DE CONSEIL

### **Impétigo**

Infection bactérienne de la peau, la plus fréquente chez le jeune enfant ; Dermatose contagieuse, non immunisante ;

**Transmission :** Par contact direct avec les lésions ou indirecte via le linge de toilette, les vêtements ou des objets contaminés. Auto-inoculation possible.

### Clinique

#### **Impétigo croûteux (70% des cas)**

-Vésicules ou pustules sur peau rouge enflammée, qui se rompent facilement en quelques heures donnant une lésion suintante puis une croûte jaunâtre. La croûte est dite mélicérique car aspect de miel ;  
 -Se développe sur peau saine ou dermatose préexistante (eczéma) ;  
 -Souvent au niveau de la face, près des orifices mais peut s'étendre au reste du corps  
 -Adénopathie régionale fréquente ;  
 -Absence de fièvre (sauf si complication).

#### **Impétigo bulleux**

-Souvent observé chez le nouveau-né et le nourrisson ;  
 -Bulle de 1 à 2 cm, transparente et entourée d'un halo rouge. Elle se rompt au bout de 2- 3 jours et libère un liquide contaminant d'autres zones ;  
 -Souvent localisé au tronc, périnée, pieds ou mains ;  
 -Fièvre modérée, diarrhée et fatigue.

### Diagnostic :



Le diagnostic positif est clinique.

NB : Un prélèvement bactériologique des lésions peut s'avérer utile en cas de doute diagnostique ou de suspicion de SARM, afin d'identifier le germe.

### Evolution :

Guérison en 2 semaines. Récidive possible.  
 Contrôle de la protéinurie 3 semaines après (risque de glomérulonéphrite aiguë).

### Traitement :

#### **Antibiothérapie :**

Voie locale ou générale en fonction de la sévérité et du type d'impétigo.

- **Voie locale :** Mupirocine ou Acide fusidique ou Chlortétracycline. 2 ou 3 fois/jour pendant 5 à 10 jours.
- **Voie générale :** Pénicillines M ou Amoxicilline/acide clavulanique.

#### Mesures d'hygiène :

- Toilette quotidienne ou biquotidienne à l'eau et au savon doux.
- Eviter la macération des lésions (pansements occlusifs, vêtements serrés, couches...)
- Hygiène des mains, des ongles ; Ongles courts ; Ne pas gratter ou toucher les lésions.
- Ne pas échanger le linge de toilette ou les vêtements.
- Linge, vêtements et objets de l'enfant fréquemment lavés.

#### Conseils

Informez les collectivités ; Pas d'éviction si les lésions sont peu étendues et peuvent être protégées. Sinon éviction jusqu'à guérison pour antibiothérapie locale ou pendant 48h après le début de l'antibiothérapie par voie générale.

## 2. L'érysipèle

### Définition

L'érysipèle est une dermo hypodermite aigue non nécrosante, sans atteinte de l'aponévrose superficielle, d'origine bactérienne essentiellement due au streptocoque bêta hémolytique A sensible à la pénicilline. C'est une maladie fréquente qui siège dans plus de 85% aux membres inférieurs.

### Physiopathologie et facteurs de risque

Les facteurs de risque généraux :

- L'obésité
- L'insuffisance veineuse
- Les œdèmes chroniques des membres inférieurs

Les facteurs de risque locaux :

- Lymphœdème
- L'existence d'une **porte d'entrée** (ulcère de jambe, plaie aigue ou chronique, mal perforant plantaire, intertrigo-plantaire. +++)

La pénétration de bactéries à travers une brèche est à l'origine de cette infection. Les bactéries se multiplient ensuite localement dans le derme et l'hypoderme.

### Clinique

La maladie débute brutalement par un syndrome pseudo palustre : frissons, fièvre. A l'examen, la jambe est chaude, tuméfiée et douloureuse à la palpation. On observe alors un placard érythémateux du dos du pied remontant jusqu'à la jambe avec un bourrelet périphérique. S'associe presque toujours une adénopathie inguinale satellite.

### Evolution

Sous traitement l'évolution est souvent favorable, la maladie guérit au bout d'une dizaine de jour, mais les récives sont possibles. [43]

Sans traitement, peuvent survenir des complications.

### Complications possibles :

- La lymphangite
- Les abcès de dissémination locorégionale voire choc septique,
- La glomérulonéphrite post streptococcique,
- L'érythème noueux
- Fasciite nécrosante : une complication redoutable qui se traduit par des ulcérations délabrantes avec des pertes cutanées larges difficiles à cicatriser. Elle est due à l'utilisation abusive d'anti-inflammatoire au cours de l'érysipèle. C'est pourquoi ces médicaments sont à proscrire devant toute suspicion d'érysipèle.

### Diagnostic différentiel :

- Thrombophlébite de jambe : intérêt d'écho doppler veineux en cas de doute.
- Le zona qui est très douloureux et comporte des vésicules. [44]

### Pise en charge

#### **Antibiothérapie, les recommandations selon la HAS 2021 :**

- Amoxicilline-acide clavulanique 80 mg/kg/j en 3 prises pendant 7 jours (max 3 g/j)
- Si allergie pénicilline +6 ans : clindamycine buvable 40 mg/kg/j en 3 prises pendant 7 jours
- Si allergie pénicilline avant 6 ans : triméthoprim-sulfaméthoxazole 40 mg/kg/j (de SMX) en 3 prises pendant 7 jours

#### **Mesures associées :**

- Surveillance clinique quotidienne des signes locaux et généraux
- Éradication de la porte d'entrée (Intertrigo, ulcère.) Soins de peau à l'eau et au savon sauf plaie franchement surinfectée.-
- Paracétamol simple si fièvre ou douleur
- Contre-indication aux anti-inflammatoires AINS per os ou locaux.
- Vérification des vaccinations

NB : Aucun intérêt de traitement local antiseptique ou antibiotique sur lésions/porte d'entrée.



**Figure 14 : Erysipèle du membre inférieur d'un nourrisson aux urgences pédiatriques, CHU HASSAN II, Fès**



**Figure 15: Erysipèle du membre supérieur droit chez un nourrisson de 20mois (photo CHU Hassan II)**

## FICHE DE SYNTHÈSE ET DE CONSEIL

### Erysipèle

L'érysipèle est une dermo-hypodermite aigue non nécrosante, sans atteinte de l'aponévrose superficielle, d'origine bactérienne essentiellement due au streptocoque bêta hémolytique A sensible à la pénicilline. C'est une maladie fréquente qui siège dans plus de 85% aux membres inférieurs.

### Clinique :

**Début** souvent brutal

**Signes généraux :** fièvre, frissons

**Signes dermatologiques locaux**

- Le plus souvent au membre inférieur (90%)
- Placard inflammatoire (rougeur, chaleur, douleur) érythémateux bien circonscrit unilatéral
- Parfois lésions bulleuses ou purpuriques
- Entourer au feutre le placard érythémateux pour surveiller l'évolution

**Signes inflammatoires régionaux :** s'associe presque toujours une adénopathie inguinale satellite

### Diagnostic :



Le diagnostic positif est clinique dans les formes typiques

**NB!** La recherche de **porte d'entrée** est obligatoire +++

### Traitement :

**-Antibiothérapie** les recommandations selon la **HAS 2021**

1. Amoxicilline-acide clavulanique 80 mg/kg/j en 3 prises pendant 7 jours (max 3 g/j)
2. Si allergie pénicilline +6 ans : clindamycine buvable 40 mg/kg/j en 3 prises pendant 7 jours
3. Si allergie pénicilline avant 6 ans : triméthoprime-sulfaméthoxazole 40 mg/kg/j (de SMX) en 3 prises pendant 7 jours

**- Mesures associées**

- Surveillance clinique quotidienne des signes locaux et généraux
- Éradication de la porte d'entrée (Intertrigo, ulcère.) Soins de peau à l'eau et au savon sauf plaie franchement surinfectée.
- Paracétamol simple si fièvre ou douleur
- Contre-indication aux AINS per os ou locaux.
- Vérification des vaccinations

### Conseils :

- Limiter l'usage d'antiseptiques.
- Éviter les frottements et les appuis tout au long de la cicatrisation.
- Surélévation de la jambe pour diminuer œdème et douleurs.
- Pas de contre-indication au lever précoce et contention veineuse.

## 3. Furoncles

### Définitions

**Folliculite** : inflammation d'un follicule pilosébacé.

**Furoncle** : infection profonde du follicule pilosébacé due au staphylocoque doré qui évolue en 5 à 10 jours vers la nécrose et l'élimination du follicule pileux (bourbillon).

**Anthrax** : rassemblement de plusieurs furoncles.

### Clinique

Papule ou nodule inflammatoire et douloureux centré par une pustule. L'évolution se fait en quelques jours vers la collection, puis l'évacuation du bourbillon, la zone nécrotique centrale, laissant place à une ulcération.

Les localisations préférentielles sont les zones pileuses et/ou les zones de frottements, de macération comme le visage, le cou, les fesses, aines ou aisselles

### Complications possibles :

- Furonculose : récurrence de furoncles sur plusieurs mois ou années, faisant rechercher un portage chronique ;
- Locales et loco-régionales (anthrax, abcès primitif, lymphangite, douleur, cicatrice, staphylococcie maligne de la face) ;
- Les complications systémiques sont rares (bactériémie et localisations secondaires comme l'ostéomyélite et l'endocardite) [45]

### Diagnostic positif :

**Furoncle isolé** : le diagnostic positif **est clinique**

**Furoncle compliqué** : prélèvement bactériologique du pus avant antibiothérapie.

### Pise en charge

#### ■ Furoncle isolé : **soins locaux**

- Pas de manipulation du furoncle (limite le risque de complications) ;
- Soins de toilette quotidiens (lavage à l'eau et au savon) ;
- Incision de l'extrémité pour évacuer le bourbillon (furoncle volumineux)
- Protection de la lésion avec un pansement ;
- Pas d'antibiothérapie (locale ou générale).

#### ■ Furoncle compliqué :

- **Antibiothérapie orale pendant 5 jours**

L'antibiotique recommandé en première ligne est l'amoxicilline-acide clavulanique [46]

En cas d'allergie vraie à la pénicilline, l'alternative est une céphalosporine de première génération [47]

Les macrolides sont une alternative de choix se discutent théoriquement après obtention de l'antibiogramme

- **Pas d'antibiothérapie locale**
- Mesures d'hygiène rigoureuses



Folliculite



Furoncle



Abcès

**Figure 16 : photos de la littérature**

## - FICHE DE SYNTHÈSE ET DE CONSEIL

### **Furoncle**

Le furoncle est une infection profonde et nécrosante du follicule pilo-sébacé due à *Staphylococcus aureus* (SA).

#### Clinique :

- Clinique : lésion papulo-nodulaire très inflammatoire évoluant en 5 à 10 jours vers la nécrose folliculaire avec l'élimination du follicule pileux (bourbillon).
- Pas de recherche de la toxine LPV (leucocidine de Panton-Valentine).

#### Formes compliquées

- Conglomérat de furoncles : anthrax
- Multiplication des lésions
- Apparition d'une dermohypodermite péri-lésionnelle
- Abcédation secondaire
- Présence de signes systémiques (fièvre)

#### Diagnostic :



**Furoncle isolé :** pas de prélèvement bactériologique → Le diagnostic positif **est clinique**

**Furoncle compliqué :** prélèvement bactériologique du pus avant antibiothérapie.

#### Traitement

##### **Furoncle isolé : soins locaux**

- Pas de manipulation du furoncle
- Soins de toilette quotidiens
- Incision +/- si furoncle volumineux
- Protection de la lésion avec un pansement
- Pas d'antibiothérapie locale ou générale

##### **Furoncle compliqué :**

- Mesures d'hygiène rigoureuses
- **Antibiothérapie orale pendant 5 jours** (Amoxicilline-acide clavulanique (en 1<sup>ère</sup> intention) puis adaptation en fonction de l'antibiogramme)
- Pas d'antibiothérapie locale

#### Conseils :

- Toilette quotidienne à l'eau et au savon ordinaire.
- Couvrir les lésions avec un pansement sec.
- Éviter si possible les activités entraînant des contacts cutanés directs avec d'autres personnes (sport).
- Se laver régulièrement les mains, couper les ongles
- Changer de vêtements, sous-vêtements et de serviette tous les jours, et laver à haute température.
- Ne pas partager ses effets personnels

## C. Origine virale

### 1. Le molluscum contagiosum

#### Définition

Le molluscum contagiosum (MC) est une tumeur cutanée bénigne d'origine virale. Il s'agit d'une infection indolore, mais, comme son nom l'indique, très contagieuse. C'est une maladie fréquente, en particulier chez l'enfant de 1 à 10 ans. Chez les patients immunodéprimés les lésions sont plus importantes et persistent plus longtemps. [48]

#### Physiopathologie et facteurs de risque

Le MC est lié à un virus à ADN nommé *Molluscipoxvirus*, appartenant à la famille des *Poxvirus* et à la sous-famille des *Chordopoxvirinae*. Ce virus est spécifique à l'homme.

La lésion s'explique par une réplication virale au sein du cytoplasme des kératinocytes qui est à l'origine d'une hyperplasie et d'une hypertrophie

**Les facteurs favorisant le développement de MC sont :**

- Les anomalies de l'immunité cellulaire congénitales ou acquises
- L'altération de la barrière épidermique (comme dans la dermatite atopique).
- La promiscuité ainsi que les atmosphères humides (piscines++).

L'infection, très contagieuse, se propage par **contact direct** avec les lésions cutanées **ou par l'intermédiaire d'un objet contaminé** (drap de bain, jouet, équipement de piscine...). L'**auto-inoculation** est également possible par grattage, et explique la dissémination de l'infection à d'autres parties du corps. Chez l'adulte, la maladie peut se transmettre sexuellement. **La période d'incubation varie de 2 semaines à 6 mois.**[49,50]

#### Clinique

Le molluscum contagiosum se manifeste par des lésions cutanées en quantité variable (en moyenne entre 10 et 20), fréquemment groupées, pouvant se développer n'importe où sur le corps sauf sur les paumes des mains et les plantes des pieds, à la différence des verrues. Chez l'enfant, on les retrouve essentiellement sur le cou, le visage (contour des yeux...), le tronc, les creux axillaires et le pli de l'aîne. Une atteinte des organes génitaux est possible, même chez l'enfant, et ne signifie pas qu'il y a eu rapport ou abus sexuel. **La lésion élémentaire, d'aspect perlé et brillante en surface, est une papule**

## Les pathologies dermatologiques courantes en pédiatrie

---

de 1 à 5 mm de diamètre, ombiliquée en son centre et de couleur chair. Elle contient une substance blanchâtre. Elle est souvent asymptomatique, mais dans certains cas on peut observer une inflammation locale légère, une sensibilité ou un prurit. Les enfants à peau atopique ou érythémateuse présentent une susceptibilité particulière à l'infection : les lésions s'étendent plus rapidement et sont plus nombreuses. [50-52]

### Diagnostic positif

Le diagnostic est clinique par recherche et observation des lésions cutanées. La PCR sur biopsie cutanée permet de confirmer le diagnostic mais est rarement nécessaire. [49]

**NB : Devant tout molluscum contagiosum diffus : Penser au déficit immunitaire**

### Evolution et complications possibles

L'évolution est variable, les lésions engendrées par le virus guérissent spontanément en quelques mois (entre 6 mois et 1 an) ou plus rarement persistent pendant plusieurs années. Une inflammation plus ou moins douloureuse peut apparaître avant la disparition du molluscum. Quelques fois, une petite cicatrice peut se former et les récurrences sont possibles. Les lésions ont tendance à s'étendre et/ou se surinfecter en cas de dermatite atopique ou d'irritation de la peau [51]. En cas d'atteinte d'une paupière, la dermatose peut se compliquer d'une conjonctivite ou d'une kératite.

### Diagnostic différentiel :

Dans certains cas, l'ombilication centrale peut manquer. En cas de doute, l'histologie, permet de confirmer le diagnostic. Les diagnostics différentiels sont : la varicelle, les verrues planes, les papillomes verruqueux, les adénomes sébacés, les carcinomes basocellulaires nodulaires [53]

### Pise en charge

Le problème essentiel posé par les MC est un problème de stratégie thérapeutique. **Chez l'enfant immunocompétent, l'abstention thérapeutique est souvent conseillée.** En effet, la guérison spontanée est possible et il n'y a pas de complications graves. Cependant, en raison de sa contagiosité, les parents sont souvent demandeurs d'un traitement efficace. La décision de traiter est donc prise au cas par cas.

### Traitement physique

**Le curetage, réalisé dans de bonnes conditions, est la technique de choix** : la plus rapide et la plus fiable. Elle est réalisée en cas de lésions peu nombreuses et se trouvant dans une zone à faible importance esthétique car il existe un risque de petites cicatrices.

**La cryothérapie par azote liquide** est une alternative. Plus rarement, l'électrocoagulation ou le laser sont deux autres méthodes physiques.

### Traitement médicamenteux topique

**L'hydroxyde de potassium** est un traitement efficace et bien toléré. Il est utilisé en solution à 5 % pour son pouvoir alcalin

L'application se fait matin et soir, et doit être arrêtée dès qu'une inflammation (rougeur persistante) annonce la guérison des MC, habituellement entre 2 et 10 jours. Les lésions disparaissent sans laisser de cicatrices dans la plupart des cas. Cependant, il ne doit pas être utilisé chez l'enfant de moins de 3 ans, ni autour de l'œil.

**Le cidofovir**, traitement antiviral, apparaît efficace chez l'enfant immunodéprimé souffrant de multiples lésions de MC. Il est actuellement utilisé en milieu hospitalier sous forme de préparation magistrale [54,55]



**Figure 17 : molluscum contagiosum sur terrain de déficit immunitaire (photo CHU, Hassan II Fès)**



**Figure 18: lésions de molluscum contagiosum au niveau du tronc (photo CHU Hassan II Fès)**

## FICHE DE SYNTHÈSE ET DE CONSEIL

### **Molluscum contagiosum**

Tumeur cutanée bénigne due au Molluscipoxvirus ; Fréquente chez l'enfant.

**Transmission :** Contact direct avec les lésions ou par l'intermédiaire d'objets contaminés. Auto-inoculation (par grattage) avec dissémination possible.

**Contagiosité :** Très contagieux, jusqu'à disparition des lésions.

**Incubation :** Varie de 2 semaines à 6 mois.

#### **Diagnostic :**



Le diagnostic positif est souvent clinique

#### **Clinique :**

**Lésion élémentaire :** Papule de 1 à 5 mm de diamètre, d'aspect perlé, brillante en surface, ombiliquée en son centre, et de couleur chair.

**Symptômes associés :** Généralement asymptomatique mais sensibilité, prurit ou inflammation locale légère possible. Une inflammation précède souvent la régression des lésions.

**Localisation :** N'importe quelle partie du corps peut être atteinte mais souvent cou, visage, tronc, creux axillaire et pli de l'aîne. Paumes des mains et plantes des pieds ne sont pas atteints.

**NB : Devant tout molluscum contagiosum diffus : Penser au déficit immunitaire**

#### **Evolution :**

Guérison spontanée fréquente en quelques mois (entre 6 mois et 1 an). Plus rarement, les lésions peuvent persister plusieurs années. Les récurrences sont possibles.

#### **Traitement :**

L'**abstention thérapeutique** est le choix le plus raisonnable

Lorsqu'un traitement s'avère nécessaire :

\* le **curetage** représente le traitement de choix si les lésions sont peu nombreuses.

\*Des **solutions kératolytiques** pour application locale à base d'hydroxyde de potassium peuvent être indiqués à partir de l'âge de 3ans

1 application matin et soir (à arrêter dès l'apparition de l'inflammation )

#### **Conseils :**

-Informez des risques de contagion par contact direct ou indirect avec les lésions (éviter la piscine, les bains partagés dans la même fratrie, pas de partage du linge de toilette...)

-Rassurez sur le caractère bénin et fréquent des lésions chez l'enfant. De plus, prévenir que la régression spontanée en quelques mois est fréquente.

- Ne pas gratter ou toucher les lésions. Couvrir les lésions avec vêtement ou pansement.

## 2. Les verrues

### Définition

La verrue est une tumeur épithéliale bénigne de la peau ou des muqueuses. Elle est due à l'infection des kératinocytes par le HPV. Il existe différentes formes de verrues cutanées :

- **La verrue vulgaire** également appelée verrue commune.
- **La verrue plantaire** touchant la plante des pieds.
- **La verrue plane**, plus rare.[56-58]

### Physiopathologie et facteurs de risque

Les verrues sont causées par des Papillomavirus humains (HPV : Human PapillomaVirus) qui sont des virus à ADN, très contagieux et résistants, de la famille des Papillomaviridae. Suite à une microlésion de la peau, le virus va entrer en contact avec les cellules épithéliales basales, mais celui-ci ne peut effectuer un cycle complet de réplication qu'au sein des cellules épithéliales superficielles, les kératinocytes différenciés. La réplication virale est à l'origine de l'effet cytopathogène, formant ainsi la tumeur bénigne cutanée. Chez certaines personnes, le virus peut persister à l'état latent au niveau des cellules souches de la couche basale épithéliale, puis se multiplier activement lors d'un stress ou d'une baisse des défenses immunitaires. Une susceptibilité individuelle, un terrain génétique ou immunitaire particulier pourrait expliquer le développement du Papillomavirus chez certaines personnes et la persistance à l'état latent chez d'autres individus.

La contamination d'une personne saine et donc l'apparition des verrues est favorisée par :

- Les microtraumatismes cutanés : plaies, gerçures, crevasses...
- Les milieux humides : bain, transpiration excessive des pieds...

La transmission du virus peut se faire de deux manières :

- Transmission directe après contact avec les lésions d'une autre personne ou par auto-inoculation lors de grattage par exemple.
- Transmission indirecte par l'intermédiaire de surfaces (piscine, douche...) ou d'objets contaminés.

## Les pathologies dermatologiques courantes en pédiatrie

---

La période d'incubation du virus est variable, de quelques semaines à 1 an et dépendrait des défenses immunitaires de l'hôte. [51,58,59]

### Clinique

#### **a- La verrue vulgaire :**

Caractérisée par une lésion arrondie de quelques millimètres de diamètre, en relief et à surface rugueuse hyperkératosique.

Des capillaires thrombosés peuvent s'observer au niveau de la verrue avec un aspect de petites taches noires. Elle est indolore et est souvent localisée au niveau des doigts et au dos des mains, mais peut être retrouvée sur d'autres parties du corps. Elle peut être unique ou multiple.

#### **b- La verrue filiforme (verruve digitée ou papillome verruqueux)**

Se retrouve souvent au niveau du visage. Caractérisée par un aspect pendulaire, digitiforme, très étroite et allongée. Elle peut être classée parmi les verrues communes et être unique ou multiple.

#### **c- Les verrues plantaires : deux types**

- *Les verrues plantaires dites « myrmécies »* : la plus fréquente. Elle est unique, profonde et parfois douloureuse. Cette forme est souvent localisée au niveau des zones d'appui, délimitée de façon nette par un anneau périphérique hyperkératosique et une surface tachetée de points noirs.
- *Les verrues plantaires en mosaïques* : Verrues plantaires multiples, superficielles, se regroupant sous forme de plaques hyperkératosiques ressemblant à une mosaïque. Cette forme est moins fréquente que la verrue myrmécie et est peu ou pas douloureuse. Ces verrues peuvent également se retrouver au niveau des mains.[59,60]

#### **d- La verrue plane**

Forme rare et souvent localisée au niveau du visage ou du dos des mains. Caractérisée par une papule de couleur rose pâle ou brun clair, lisse et légèrement surélevée à sommet plat. Pour ce type de verrue l'abstention thérapeutique est fréquente car il existe un risque important de cicatrice.

### Diagnostic positif

Le diagnostic se fait par examen clinique de(s) lésion(s). En général les lésions sont facilement identifiables et ne nécessitent pas d'examen complémentaires.

## Evolution

Très souvent et en particulier chez les enfants, les verrues disparaissent spontanément en moins de deux ans. Il existe tout de même des verrues pouvant persister des années ou des cas de récurrences. Les verrues planes sont souvent plus résistantes et régressent avec des signes cliniques d'inflammation.

## Complications possibles

Il n'existe pas de réelle complication aux verrues cutanées. Cependant les verrues non traitées peuvent s'étendre, toucher d'autres parties du corps ou être transmises à d'autres personnes. De plus, les verrues peuvent être à l'origine d'une gêne esthétique.

## Diagnostic différentiel :

- **Cors** : Le cors est souvent plus douloureux avec une sensibilité à la pression, mais pas quand on le pince contrairement à la verrue plantaire.
- **Durillon** : A la différence d'une verrue, le durillon conserve les lignes naturelles de la peau.

## Pise en charge

Les traitements les plus fréquemment utilisés sont l'application locale de kératolytiques et la cryothérapie. **Chez l'enfant l'abstention thérapeutique est souvent privilégiée du fait de la guérison spontanée des lésions.** Dans le cas où le traitement est nécessaire, celui-ci ne doit pas être agressif.

### - **Traitement chimique**

Les kératolytiques : L'application locale de kératolytique au niveau de la verrue est une méthode très utilisée. Elle est simple et non douloureuse. L'acide salicylique est l'agent kératolytique le plus utilisé et est parfois associé à de l'acide lactique. Leur utilisation est possible dès 2 ans.

D'autres traitements kératolytiques développés plus récemment, à base d'acide formique ou d'acide trichloroacétique sont applicables dès 4 ans.

Exemples :

### - **A partir de 2 ans**

**Transvercid®** (Acide salicylique 3,62 mg/6 mm) : Appliquer le dispositif chaque soir au coucher après avoir frotté légèrement la verrue avec une lime douce, l'enlever le matin. Durée du traitement limitée à 1 mois.

## Les pathologies dermatologiques courantes en pédiatrie

---

**Verrucide®** (Acide salicylique 10g, Collodion) 3 applications par jour sur la verrue sans déborder sur la peau saine pendant 2 semaines.

**Duofilm®** (Acide salicylique 16,7g, Acide lactique 16,7g, collodion) Application le soir avec le pinceau sans déborder sur la peau saine, pendant 6 à 12 semaines. La journée, possibilité de protéger la lésion avec un petit pansement adhésif. Tous les 2-3 jours, limer l'hyperkératose. Si saignement, arrêt de l'application du produit pendant 3 jours.

**Kerafilm®** (Acide salicylique 16,7g, Acide lactique 16,7g, collodion) : Appliquer la solution matin et soir avec la spatule sur la partie à traiter sans déborder sur la peau saine, que l'on peut protéger par l'application d'un vernis neutre

**Verrufilm®** (Acide salicylique 16,7g, Acide lactique 16,7g) Appliquer la solution le soir à l'aide de la spatule, sans déborder sur la peau saine, pendant 8 semaines environ. Tous les 2 à 3 jours, limer la zone traitée.

**Verrupan®** (Teinture de thuya 450mg, Acide salicylique 90mg, Acide lactique 90 mg) 2 à 3 applications par jour. Avant l'application du soir, limer la verrue. Le traitement peut être poursuivi plusieurs semaines ou plusieurs mois si nécessaire.

### - **A partir de 4 ans**

**Stylo antiverrues Wartner®** (Acide trichloracétique) Appliquer la solution matin et soir grâce au stylo applicateur pendant 4 jours. Possibilité de retraiter après 4 jours d'arrêt, jusqu'à 4 fois.

**Objectif zero verrue®** (Acide formique) 1 application par semaine (stylo applicateur, ou coton tige trempé dans la solution) jusqu'à disparition de la verrue.

### - **Traitement physique**

- ✚ **La cryothérapie** : Méthode physique la plus répandue, simple et à faible coût.
- ✚ L'électrocoagulation
- ✚ Le curetage chirurgical
- ✚ La vaporisation au laser CO2

Les méthodes physiques ont toutes l'inconvénient d'être plus ou moins douloureuses ; Une anesthésie locale peut être nécessaire. [51,58,59,61]

### - **Autres :**

Traitement par occlusion de la verrue par un ruban adhésif

Traitement complémentaire homéopathique...



**Figure 19 : verrue vulgaire au niveau de la paume de main [62]**



**Figure 20 : verrue filiforme de la paupière supérieure[62]**



**Figure 21 : verrues planes[62]**

## - FICHE DE SYNTHÈSE ET DE CONSEIL

### Verrue

Tumeur épithéliale bénigne de la peau due aux Papillomavirus humains ; Fréquente chez l'enfant

**Transmission :** Par contact direct avec les verrues ou indirect via des surfaces ou objets souillés. La pénétration du virus est facilitée par les microlésions. Auto-inoculation possible.

**Incubation :** Variable, de quelques semaines à 1 an.

#### Diagnostic :



Le diagnostic positif est souvent clinique

#### Clinique :

##### Verrue commune

**-Verrue vulgaire :** Souvent au niveau des mains. Papule avec aspect rugueux ou de chou-fleur. +/- douleurs en particulier si proximité d'un ongle.

**-Verrue filiforme :** Souvent au niveau du visage. Aspect pendulaire, digitiforme, très étroite et allongée.

##### Verrue plantaire

**-Verrue myrmécie :** Souvent au niveau des zones d'appui. Délimitée par un anneau hyperkératosique et une surface tachetée de petits points noirs. Unique, profonde et parfois douloureuse.

**-Verrues en mosaïque :** Multiples, superficielles, regroupées sous forme de plaques hyperkératosiques (aspect de mosaïque). Peu ou pas douloureuses

##### Verrue plane

Moins fréquente ; Souvent au visage ou dos des mains. Multiples, regroupées. Papule de couleur rose pâle ou brun clair, lisse, légèrement surélevée, à sommet plat.

**Evolution :** Guérison spontanée en moins de 2 ans fréquente chez l'enfant. Récidive ou persistance des lésions pendant plusieurs années possible

#### Traitement :

L'**abstention thérapeutique** est souvent privilégiée  
Lorsqu'un traitement s'avère nécessaire :

- Des **solutions kératolytiques** pour application locale à partir de l'âge de 2 ans, Exemple :  
\*Acide salicylique → 3 applications par jour sur la verrue sans déborder sur la peau saine pendant 2 semaines.

- Autres traitements possibles : Cryothérapie, électrocoagulation, laser, curetage...

#### Conseils :

-Ne pas toucher, gratter, mordiller les verrues. Bien se laver les mains si contact avec les lésions.

-Ne pas échanger le linge de toilette.

-Ne pas échanger chaussettes, chaussure si verrue plantaire. Ne pas marcher pieds nus.

-Rappeler que la guérison peut être longue.

## D. Origine parasitaire

### 1. La gale

#### Définition

La gale est une infection cutanée, d'origine parasitaire, transmise par contact humain direct le plus souvent. Tout individu peut être touché quel que soit son sexe, son âge ou son niveau socio-économique. C'est une ectoparasitose fréquente, contagieuse et peut être source d'épidémies dans les collectivités et les institutions.

#### Physiopathologie

Le parasite de la gale chez l'Homme est la femelle d'un acarien invisible à l'œil nu, du nom de *Sarcoptes scabiei hominis* ou sarcopte. Le parasite va creuser des galeries, appelées sillons, dans la couche cornée de l'épiderme. Lors de sa progression, il dépose des œufs qui donneront naissance à de nouveaux sarcoptes, qui eux-mêmes recommenceront le cycle. La charge parasitaire peut varier selon les formes cliniques, d'une dizaine à plusieurs milliers de parasites. Le symptôme prédominant de la maladie est le prurit, lié à la réaction immunitaire de l'organisme envers le sarcopte et ses déchets. La période d'incubation est de trois semaines en moyenne, mais en cas de réinfestation cette période est beaucoup plus courte.

La gale humaine classique nécessite des rapports intimes et prolongés comme au sein d'un couple ou d'une famille. Les nourrissons ou jeunes enfants, par les contacts physiques étroits avec la famille ainsi que les crèches ou écoles, sont ainsi vulnérables. La transmission indirecte par la literie ou les vêtements est beaucoup plus rare. [63–66]

#### Formes cliniques

Il existe plusieurs formes cliniques de la maladie : la gale typique (ou gale commune), la gale du nourrisson, la gale des gens propres, la gale profuse, la gale hyperkératosique et les gales compliquées. Nous traiterons ici seulement de la gale typique et de la gale du nourrisson.

## Les pathologies dermatologiques courantes en pédiatrie

---

**a- La gale typique ou commune** : la forme la plus fréquemment rencontrée, elle touche les grands enfants, les adolescents et les adultes. Caractérisée par :

- **Un Prurit** généralisé quasi-constant avec recrudescence nocturne.
- **Des lésions cutanées non spécifiques** dues au grattage qui sont fréquente
- **Des lésions spécifiques**, plus rares, sont à rechercher systématiquement car elles permettent de poser le diagnostic de la maladie :
  - o **Sillons scabieux** : galeries creusées par l'acarien dans la couche cornée de l'épiderme ;
  - o **Vésicules perlées** : situées à l'extrémité des sillons, c'est le lieu où siège le sarcopte qui a pondus ses œufs ;
  - o **Nodules scabieux** : lésions papuleuses ou nodulaires, très prurigineuses, ne contenant pas de sarcoptes. Ces nodules sont d'origine immuno-allergique et peuvent persister longtemps même après traitement. [67]

**b-La gale du nourrisson** : Comme son nom l'indique cette forme de gale est rencontrée chez le nourrisson et le jeune enfant. Elle est caractérisée par :

- **Un prurit** quasi-constant, souvent moins intense que dans la forme commune. L'enfant dort mal ; il est agité, facilement irritable et fatigué.
- **Des lésions cutanées non spécifiques** fréquentes
- **Des vésicules ou des pustules palmo-plantaires sont très évocatrices du diagnostic.**
- Des **nodules scabieux** au niveau des aisselles, des fesses, des organes génitaux
- On recherchera également : Une atteinte du visage ou des sillons

### Diagnostic positif

Le diagnostic est avant tout clinique, mais la visualisation du parasite est conseillée dans la mesure du possible. [67]

### Evolution

Après un traitement bien conduit, la gale évolue vers la guérison. Le prurit peut persister plusieurs semaines et ne signifie pas forcément que le traitement a été inefficace.

## Complications possibles

- La surinfection bactérienne
- La réinfestation :
- Une poussée de dermatite atopique peut apparaître lors de la gale et en particulier après le traitement (intolérance).

## Diagnostic différentiel :

- Dermatite atopique ;
- Prurigo strophulus ;
- Pédiculose ;
- Dermite de contact ;
- Acarophobie.[68]

## Pise en charge

### **1- Traitements locaux :**

Le **benzoate de benzyle+sulfiram** est le traitement de référence à partir de l'âge de 1 mois :

- Application à l'aide d'un pinceau, sur peau sèche, le soir
- Application unique de 12 heures maximum chez l'enfant de moins de 2 ans (8 heures chez les nourrissons de moins de 3 mois), 24 heures au-delà. Savonner puis rincer ensuite abondamment.
- Une 2ème application peut être prescrite une semaine après, hors AMM, afin d'obtenir un meilleur taux de succès clinique.

**L'Esdépallétrine + butoxyde de pipéronyle** constitue une alternative intéressante au benzoate de benzyle (non disponible au maroc)

**2- Traitement per os :** La forme orale Représenté par l'**Ivermectine** est souvent privilégiée si nombreuses personnes à traiter, ou risque de mauvaise observance ou de non-respect des modalités d'application. (l'AMM chez l'adulte et l'enfant de plus de 15 kg) → Une prise unique à jeun, avec de l'eau, à la dose de 200 µg/kg, ou à 2 heures de distance avec les repas.

### **3- Désinfection du linge**

Cette désinfection est indispensable afin d'éviter toute réinfestation ou contamination des proches. Les mesures à prendre sont les mêmes que chez l'adulte.



**Figure 22 : gale du nourrisson avec atteinte palmaire (photo CHU Hassan II Fès)**



**Figure 23 : Gale du nourrisson avec atteinte plantaire (photo CHU Hassan II Fès)**

## FICHE DE SYNTHÈSE ET DE CONSEIL

### Gale

Ectoparasitose contagieuse, fréquente, due à *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*. Tout individu peut être touché quel que soit son sexe, son âge ou son niveau socio-économique. Source d'épidémies dans les collectivités.

**Transmission :** 95% des cas par contact direct avec la personne infectée. Ces contacts doivent être rapprochés, répétés et prolongés. La transmission indirecte via le linge, la literie, l'environnement est faible.

**Incubation :** En moyenne 3 semaines ; Plus courte si réinfestation.

#### Diagnostic :



Le diagnostic positif est clinique

#### Clinique :

##### Lésions spécifiques :

- Sillons scabieux** : lésions sinueuses, filiformes, de quelques mm de long
- Vésicules perlées** : petites vésicules translucides sur fond érythémateux
- Nodules scabieux** : petits papulonodules rouges ou violacés provoqués par une réaction immunologique envers le parasite
- Chancre scabieux** : Nodule scabieux de la région génitale de l'homme.

##### Lésions secondaires, non spécifiques :

- Lésions de grattage ; Lichénification ; Eczématisation ; Impétiginisation.

<u>Formes cliniques</u>	Population	Clinique/Lésions	Zones atteintes	Prurit
<b>Gale commune</b>	Enfants, adolescents, adultes	Lésions spécifiques + Lésions secondaires	Tout le corps : Espaces interdigitaux palmaires, poignets, coudes, aisselles, ombilic... Sauf plantes des pieds, paumes des mains, tête et cou. Dos peu atteint.	+++ Son intensité augmente la nuit.
<b>Gale du nourrisson</b>	Nourrissons et jeunes enfants	Lésions spécifiques ; Sillons scabieux rares ; Lésions secondaires ; Enfant agité, dort mal, irritable, fatigué.	Plantes des pieds et paumes des mains (vésiculopustules). Torse, aisselles, organes génitaux (nodules scabieux). Face et/ou cuir chevelu	++

### Traitement :

#### Traitement local

Le **benzoate de benzyle + sulfirame** traitement de référence à partir de l'âge de 1 mois :

- Application unique le soir de 12 heures maximum chez l'enfant de moins de 2 ans (8 heures chez les nourrissons de moins de 3 mois), 24 heures au-delà. Savonner puis rincer ensuite abondamment.
- Une 2ème application peut être prescrite une semaine après, hors AMM, afin d'obtenir un meilleur taux de succès clinique.

#### Traitement per os

Privilégiée si nombreuses personnes à traiter, ou risque de mauvaise observance ou de non-respect des modalités d'application.

**Ivermectine** (l'AMM chez l'adulte et l'enfant de plus de 15 kg) Une prise unique à jeun, avec de l'eau, à la dose de 200 µg/kg, ou à 2 heures de distance avec les repas.

### Conseils :

#### **-Traiter linge, literie et environnement :**

- Lavage à 60°C et séchage à haute température si possible.
- Traiter literie, poussette, landaus, canapé avec antiparasitaire.

#### **-Hygiène des mains et des ongles ;**

**-Bandage ou moufles pour protéger mains et pieds du nourrisson** Si traitement local afin d'éviter une ingestion accidentelle ou des lésions de grattage ;

**-Rappeler que c'est une maladie très contagieuse**, et que l'enfant peut retourner en collectivité que 3 jours après le début du traitement ; Prévenir les collectivités

-Rappeler que le prurit peut persister plusieurs jours après le traitement.

## 2. La pédiculose

### Définition

La pédiculose du cuir chevelu est une ectoparasitose très contagieuse mais bénigne. Elle est due à l'infestation des cheveux et du cuir chevelu par les poux de tête (*Pediculus humanus* variété. *Capitis*). Cette parasitose atteint principalement les enfants entre 4 et 11 ans et les principales sources d'infestations sont les collectivités [68,69]

### Physiopathologie

La transmission est toujours interhumaine et se fait principalement par contact direct, même bref, ou plus rarement indirectement par des échanges d'objets (bonnets, peignes, brosses à cheveux...).

Les poux de tête sont des insectes hématophages, exclusifs de l'homme, ne survivant que quelques heures en dehors de leur hôte. Se nourrissant de sang, leurs morsures et salives entraînent fréquemment irritation et démangeaison du cuir chevelu, cependant ils ne sont vecteurs d'aucune maladie.

#### **Le pou de tête :**

**Adulte :** Entre 1 à 4 mm, gris à jeun et rougeâtre gorgé de sang.



**La lente :** Forme ovoïde d'environ 1 mm, brillante, gris-caramel (ou blanchâtre quand elle est vide).

Solidement accroché au cheveu.



### Clinique

Le patient peut n'avoir aucun symptôme, une irritation du cuir chevelu ou un prurit plus ou moins intense. Le prurit est généralement le symptôme majeur et est présent de jour comme de nuit. La piqûre d'un pou fait apparaître une petite papule rosée prurigineuse. Le prurit peut être diffus ou prédominer sur certaines zones (tempes, derrières les oreilles, nuque, haut du dos...), et engendrer des lésions de grattage. Dans certains cas, où l'infestation est importante, d'autres symptômes peuvent apparaître tels que des adénopathies cervicales. L'infestation des cils est également possible.[68,70,71]

### Diagnostic positif

Un prurit du cuir chevelu diurne et nocturne et/ou un impétigo du cuir chevelu doit faire rechercher une pédiculose. L'identification de poux et/ou de lentes au niveau des cheveux ou du cuir chevelu permet le diagnostic de pédiculose du cuir chevelu. Un peigne à poux et une lampe de Wood peuvent être utilisés pour la mise en évidence des poux ou des lentes.[71,72]

### Diagnostic différentiel

- **Pellicules** : Les lentes peuvent être confondues avec des pellicules. La lente se détache difficilement du cheveu contrairement aux pellicules.
- **Dermite séborrhéique.**
- **Piqûres ou morsures d'insectes.**

### Evolution et complications possibles

L'infestation du cuir chevelu par les poux est bénigne, en effet les poux de tête ne transmettent pas de maladie. Cependant, des surinfections cutanées bactériennes sont possibles, telle qu'une impétiginisation des lésions de grattage. **Tout cas de pédiculose du cuir chevelu nécessite d'être traité car il n'y a pas de guérison spontanée.**

### Pise en charge

Les traitements anti-poux se divisent en deux grandes classes pharmacologiques : les insecticides et les produits à action mécanique (les asphyxiants ou déshydratants)

a- **Les insecticides** : organophosphorés (malathion) et dérivés du pyrèthre (pyréthrines).

- Effets indésirables nombreux en particulier avec le malathion (EI de type cholinergique).
- Résistance, en particulier avec les pyréthrines ;
- Toxicité à long terme mal connue.

b- **Les produits à action mécanique** : sont une bonne alternative.

- Recouvrent les poux et obstruent leurs orifices respiratoires et excrétoires. Mieux tolérés avec une toxicité très faible.
- Pas de résistance.
- Exemple : **Diméticone** = Généralement à appliquer sur cheveux secs puis laisser agir le temps indiqué, suivi d'un shampoing doux (pour lotion ou spray) ou d'un rinçage (pour shampoing).

### **c- Les alternatives ou les traitements complémentaires**

- **Le peigne à poux** : A utiliser dans tous les cas de pédiculose sur cheveux humides. Il permet de retirer les poux et les lentes.
- L'huile d'olive, les mélanges eau-vinaigre ou un après-shampooing
- Les peignes à poux électroniques.

### **d- Rappel des règles d'hygiène et conseils associés**

- Examiner l'entourage et traiter tous les cas avérés
- Décontamination de l'environnement.



**Figure 24 : Lentes en grande quantité.[62]**



**Figure 25 : Pédiculose du cuir chevelu.[62]**



**Figure 26:Lésions de grattage excoriées secondaire à une pédiculose**

## FICHE DE SYNTHÈSE ET DE CONSEIL

### Pédiculose du cuir chevelu

Ectoparasitose bénigne, mais très contagieuse, due à l'infestation des cheveux et du cuir chevelu par les poux de tête (*Pediculus humanus var. capitis*). Les poux de tête ne sont vecteurs d'aucune maladie. Fréquente chez l'enfant ;  
Indépendante de l'hygiène.

#### Transmission :

Toujours interhumaine, principalement par contact direct ou plus rarement indirectement par échanges d'objets (bonnets, peignes...).

#### Le diagnostic



Le diagnostic positif est clinique

**Clinique :** Rarement asymptomatique. Symptômes : Généralement, irritation du cuir chevelu, prurit présent de jour comme de nuit et lésions de grattage. Le prurit est diffus ou prédomine sur certaines zones, en particulier, derrières les oreilles, la nuque, ou les tempes... La pique du pou forme une petite papule rosée. Adénopathies cervicales en cas d'infestation importante.

#### Traitement :

**Pas de guérison spontanée, le traitement est donc nécessaire.**

**Si nourrisson <6 mois :** peignage de 30 min sur cheveux mouillés 2 à 3 fois par jour pendant 3 semaines

**Si nourrisson entre 6 mois et 2 ans :**

Traitement par produits à action mécanique en évitant ceux pouvant contenir des huiles essentielles + peignage

**Si nourrisson >2 ans :**

**En 1 ère intention** =les produits à action mécanique+peignage

**En 2 -ème intention** (échec ou infestation importante) +peignage

Malathion : appliquer la lotion sur les cheveux secs. Laisser sécher et agir pendant environ 8 heures puis faire un shampoing doux.)

**La lotion semble la forme la plus efficace**

**Compléter le traitement avec un peigne à poux (métallique à dents fines++)**

#### Conseils :

**Préventifs :** Eviter l'échange de brosse, peigne, serviettes, bonnets, foulards, etc. ; Attacher les cheveux longs ; Examiner régulièrement la chevelure ; Pas de traitement antipoux en prévention, mais possibilité d'utiliser un répulsif si nombreux cas dans l'entourage.

**Curatifs :** Examiner l'entourage pour traiter tous les cas en même temps ; Informer les collectivités ; Pas d'éviction ; Prévenir que les démangeaisons peuvent persister quelques jours ; Ongles courts ; Rappeler les modalités d'application du traitement ; Renouvellement possible 7 à 10 jours après la 1ère application ; Traitement de l'environnement.

## **II. LES DERMATOSES IMMUNO-ALLERGIQUES**

### **1. La dermatite atopique**

#### **Définition**

Dermatose inflammatoire chronique prurigineuse, non contagieuse, qui évolue par poussées entrecoupées de périodes de rémission.

La dermatite atopique apparaît, le plus souvent, entre l'âge de 3 mois et 2 ans chez des nourrissons présentant un "terrain atopique" c'est-à-dire ayant une prédisposition génétique à développer des manifestations allergiques.

#### **Physiopathologie**

La physiopathologie exacte de la dermatite atopique n'est pas encore totalement connue. Cependant il s'agit d'une dermatose multifactorielle.

- a- **Les Facteurs génétiques** : La dermatite atopique est la manifestation cutanée de l'atopie. Le patient atopique a une prédisposition génétique à développer des manifestations allergiques. Si un parent au premier degré est atopique, le risque pour l'enfant de l'être également est d'environ 50% et le risque augmente si les deux parents sont atopiques.
- b- **Les facteurs cutanés** : La barrière épidermique comporte plusieurs anomalies en partie d'origine génétique entraînant une fonction barrière altérée, avec évaporation d'eau à l'origine de la sécheresse cutanée. La pénétration des molécules allergisantes est facilitée. Ces molécules rentrent en contact avec les cellules du système immunitaire puis induisent une réponse inflammatoire inadaptée.
- c- **Les facteurs immunologiques** : On observe une forme d'hypersensibilité retardée médiée par les IgE avec une réactivité accrue du système immunitaire contre les allergènes de l'environnement.
- d- **Les facteurs environnementaux** :
  - L'hygiène trop fréquente fragilise la barrière cutanée.
  - Les allergènes peuvent aggraver ou déclencher des poussées d'eczéma.
  - Le stress peut aussi provoquer une poussée ou aggraver les symptômes. [73-77]

## Clinique

La dermatite atopique est une dermatose inflammatoire qui évolue en alternant poussées et rémissions. Les symptômes majeurs de cette maladie sont une xérose « permanente », un prurit accompagné de lésions de grattage et la formation de lésions eczématiformes lors des poussées.

**Au cours de la phase d'accalmie**, la sécheresse cutanée persiste sur tout le corps ou est localisée à certaines parties du corps. Celle-ci peut entraîner des démangeaisons avec des lésions de grattage. Chez le nourrisson, le prurit peut être responsable de troubles du sommeil.

**Les poussées**, sont caractérisées par la formation de lésions eczématiformes. Ces lésions évoluent au cours du temps :

- Une plaque rouge inflammatoire et prurigineuse apparaît sur la peau.
- Des petites surélévations palpables de la peau se produisent au niveau de cet érythème. La peau prend un aspect rugueux et de fines vésicules se forment.
- Un suintement de la lésion apparaît résultant de la rupture des vésicules.
- Une croûte se forme après le stade de suintement, c'est la phase de cicatrisation

En dehors des zones atteintes, la xérose persiste. On observe souvent une aggravation des poussées en automne-hiver et une amélioration en été.

## **Topographie :**

- **Chez le nourrisson**, les lésions touchent de façon symétrique certaines parties du visage : zones bombées (front, menton, joues) et les membres. Le pourtour des yeux, du nez et de la bouche sont épargnés. Dans les formes étendues une atteinte du tronc et des plis est possible, le siège étant habituellement épargné.
- **Chez l'enfant de plus de 2 ans**, les lésions sont plus souvent localisées au niveau des plis (coudes, genoux, cou et derrière les oreilles) mais aussi mains, poignets, chevilles et mamelons.

## **En effet, d'autres manifestations allergiques peuvent être associées à l'eczéma atopique :**

- Allergie alimentaire (nourrisson et petit enfant),
- Asthme (entre 2 et 6 ans),
- Rhinite allergique (plus tardive). [73,78,79]

## Diagnostic positif

Le diagnostic de la dermatite atopique est avant tout clinique et les examens complémentaires sont rarement nécessaires.

## Diagnostic différentiel

Chez le nourrisson, il faut écarter une **dermatite séborrhéique**, qui a souvent un début plus précoce (dès le 1er mois), avec un aspect plus squameux atteignant notamment le cuir chevelu.

Chez l'enfant, il faut écarter : la **dermite de contact** ou le **psoriasis**.

## Evolution

La dermatite atopique peut durer de plusieurs mois à plusieurs années. On observe souvent une amélioration de la maladie avec l'âge, avec une guérison naturelle pour environ 45% des cas vers l'âge de 2 ans et 80% des cas à l'adolescence. Cependant il est possible qu'elle persiste à l'adolescence.

## Complications possibles

**Surinfection bactérienne des lésions** : l'impétiginisation des lésions nécessite la prescription d'un antibiotique

**Surinfection virale des lésions** :

- Par le Papillomavirus responsable de verrues ;
- Par le Poxvirus responsable du molluscum contagiosum ;
- Par Herpès simplex virus pouvant être grave : Syndrome de Kaposi-Juliusberg (urgence thérapeutique).
- Lichénification des lésions : due à un grattage intense et/ou une mauvaise prise en charge ou observance.

**Retard de croissance** : rare mais peut être observé dans les cas sévères.

## Pise en charge

La dermatite atopique est une maladie chronique nécessitant un suivi médical, des soins quotidiens et parfois un soutien psychologique. La prise en charge se résume principalement par les 3 points suivants :

- Des mesures d'hygiène au quotidien.
- Un traitement médicamenteux (dermocorticoïde en 1ère intention) si poussées.
- La recherche et l'éviction des facteurs favorisant la dermatite[73].

### **a- Les mesures d'hygiène au quotidien**

#### • **La toilette quotidienne** :

- Avec un produit adapté à l'âge de l'enfant et aux peaux atopiques.
- En cas de bain, celui-ci doit être court, de 5 à 10 minutes, à eau tiède (une huile de bain peut être ajoutée)

## Les pathologies dermatologiques courantes en pédiatrie

---

-Après la toilette, il faut sécher la peau en tamponnant, sans frotter.

- **L'hydratation de la peau :**

Il est conseillé d'utiliser un émollient qui va permettre de nourrir, hydrater, relâcher, adoucir la peau et reconstruire la barrière cutanée.

L'émollient est à utiliser quotidiennement, à appliquer 1 à 2 fois par jour en couche mince et sur l'ensemble du corps. **Ne pas appliquer l'émollient sur les lésions d'eczéma et/ou sur une peau lésée et suintante.**

- **Eviter les surinfections :**

-Couper les ongles courts et ne pas toucher ou gratter les lésions.

-Eviter les contacts rapprochés entre un patient souffrant de dermatite atopique et un patient avec un herpès.

### **b- Les traitements médicamenteux :**

**Les dermocorticoïdes :** Le traitement de 1ère intention des poussées de dermatite atopique. Divisés en quatre classes d'activité :

**Classe I - Activité très forte :** Contre-indiquée chez le nourrisson et le jeune enfant, et aussi sur le visage, les plis et le siège.

**Classe II - Activité forte :** Utilisée en cure courte pour les formes très inflammatoires, ou sur une plus longue période pour des lésions très lichénifiées.

**Classe III - Activité modérée :** Utilisée sur le visage (y compris les paupières), les plis, les zones génitales et chez le nourrisson.

**Classe IV - Activité faible :** Peu utilisée dans la dermatite atopique.

- Une application par jour, de préférence le soir, jusqu'à disparition des lésions. Pour les formes sévères, un traitement d'entretien est possible avec 1 ou 2 applications par semaine

- Contre-Indication : si infection cutanée ou lésion ulcérée, Application au niveau des paupières, sauf si dermocorticoïde d'activité faible à modérée en traitement de courte durée

- **Immunomodulateur local :** Tacrolimus topique

En 2ème intention en cas d'échec ou d'intolérance aux dermocorticoïdes.

### **c- Traitements complémentaires**

- **Les antihistaminiques oraux :** si besoin, sur une courte période.

- **Les Antiseptiques, antibiotiques et antiviraux :** Ils sont utilisés en cas de surinfection avérée et non en prévention



**Figure 27: Dermatite atopique d'un enfant avec lésions au niveau du coude**  
**(Photo CHU Hassan II Fès)**



**Figure 28: DA impétiginisée chez un nourrisson (Photo CHU Hassan II Fès)**



**Figure 29: syndrome de *Kaposi Juliusberg* (Photos du CHU Hassan II Fès)**

## FICHE DE SYNTHÈSE ET DE CONSEIL

### Dermatite atopique

Dermatose inflammatoire chronique, prurigineuse, non contagieuse, qui évolue par poussées entrecoupées de périodes d'accalmie ;  
Touche environ 15% des nourrissons ; Terrain atopique prédisposant.

### Clinique :

**Sécheresse (ou xérose) cutanée** permanente pouvant générer un prurit.  
La chronicité des lésions et le prurit peuvent entraîner une lichénification.

### **Poussée d'eczéma :**

Plaque érythémateuse d'étendue et de durée variable. En 4 phases : érythème inflammatoire et prurigineux, formation de fines vésicules, rupture de celles-ci associée à un suintement et enfin formation de croûtes et desquamation.

Localisations préférentielles :

Avant 2 ans, atteinte symétrique des convexités du visage et des membres.

Après 2 ans : Plis de flexions et extrémités (mains, poignets, chevilles...).

### **Période d'accalmie :**

Sécheresse cutanée généralisée ou localisée +/- Prurit +/- Lésions de grattage.



Le diagnostic positif est clinique

**Evolution :** Variable. Guérison pour environ 45% des cas vers l'âge de 2 ans et 80% à l'adolescence

### Traitement :

1- **Traitement de poussée :** Dermocorticoïde locale (1 ère intention) Ex : classe III 1 app/j le soir jusqu'à disparition des lésions

→ Sinon amélioration = traitement par **DC classe II** en préparation magistrale

→ Un traitement d'entretien est possible avec 1 ou 2 applications par semaine si forme sévère.

### 2- **Hydratation de la peau :**

Crème émolliente à appliquer 1 à 2 fois par jour,

Quotidiennement sur tout le corps sauf les lésions d'eczéma.

### 3- **Toilette avec gel adapté aux peaux atopique**

### 4- **Autres : Antihistaminique** si prurit intense

**Antiseptiques, antibiotiques et antiviraux :** en cas de surinfection avérée

### Conseils :

-Bain à l'eau tiède de 5 à 10 minutes, à l'eau tiède (une huile de bain peut être ajoutée) ; après la toilette, il faut sécher la peau en tamponnant, sans frotter

-Rappeler l'intérêt de l'émollient : hydrater, réparer la peau qui retrouve sa fonction barrière et limite le risque de nouvelles poussées

-Rechercher et éviter les facteurs aggravants (allergènes...) ;

-Eviction alimentaire que si l'allergie est avérée ;

-Eviter les contacts rapprochés avec des souffrants d'infection cutanée (ex. herpès).

## 2. Le prurigo strophulus

### Définition

Le prurigo correspond à une dermatose prurigineuse excoriée, encore mal définie. Il peut être aigu ou chronique, atteindre l'enfant ou l'adulte. Le prurigo strophulus est un prurigo aigu fréquent chez l'enfant, qui s'observe en général entre 2 et 7 ans. Il est bénin mais peut être très gênant du fait d'un important prurit.

### Physiopathologie

Le prurigo strophulus est lié à une réaction d'hypersensibilité cellulaire retardée à des piqûres d'arthropodes. Les plus souvent impliqués sont : les acariens (acariens de poussières de maison, du chien, du chat, de l'herbe), les puces (du chien ou du chat), les moustiques, les punaises ou les poux. Les facteurs favorisants seraient un terrain atopique ou des conditions socio-économiques défavorables. Les poussées de prurigo surviennent souvent au printemps et en été, au moment des promenades en campagne, des jeux dans l'herbe ou dans les bacs à sable [80].

### Clinique

Le prurigo aigu se caractérise par des papules érythémateuses, multiples, disséminées et prurigineuses, parfois surmontées d'une vésicule. La consistance est dure (contrairement à la varicelle). D'autres lésions peuvent être associées : bulles, croûtes ou lésions pseudo-urticariennes.

Les lésions sont localisées au niveau des zones découvertes le plus souvent : avant-bras, jambes, parfois au niveau du tronc (ceinture).

L'état général est conservé.

Le grattage peut entraîner des érosions et des ulcérations.

Une surinfection staphylococcique est également fréquente (impétiginisation).

### Diagnostic différentiel

Les diagnostics différentiels du prurigo chez l'enfant sont : les exanthèmes viraux (varicelle et autres), la gale, la dermatite atopique, le pityriasis lichénoïde et varioliforme aigu [81].

### Evolution

L'évolution est souvent chronique avec des papules récidivant l'année suivante [82,83]

### Pise en charge

Le traitement sera symptomatique et dépendra de la cause :

- Désinfection locale quotidienne ;
- Antihistaminiques h1 per os le soir ;
- Éventuellement dermocorticoïdes en cure courte pour des lésions très prurigineuses
- Antibiothérapie orale si surinfection.



**Figure 30: prurigo strophulus chez un patient ayant comme ATCDs une varicelle traitée à l'âge de 2 ans (photos CHU Hassan II Fès)**

### **FICHE DE SYNTHÈSE ET DE CONSEIL**

#### **Prurigo strophulus**

Le prurigo strophulus est un prurigo aigu fréquent chez l'enfant, qui s'observe en général entre 2 et 7 ans.

Il est bénin mais peut être très gênant du fait d'un important prurit.

#### **Clinique :**

- Papules érythémateuses, multiples, disséminées et prurigineuses, parfois surmontées d'une vésicule.
- La consistance est dure (contrairement à la varicelle)
- Les lésions sont localisées au niveau des zones découvertes le plus souvent.
- L'état général est conservé.
- Le grattage peut entraîner des érosions et des ulcérations.
- Une surinfection staphylococcique est également fréquente (impétiginisation).



Le diagnostic positif est clinique

**Evolution :** L'évolution est souvent chronique avec des papules récidivant l'année suivante

#### **Traitement :**

Le traitement sera symptomatique :

- Désinfection locale quotidienne ;
- Antihistaminiques H1 per os le soir ;
- Dermocorticoïdes en cure courte pour des lésions très prurigineuses ;
- Antibiothérapie orale si surinfection

#### **Conseils :**

- Règles d'hygiène afin d'éviter la surinfection des lésions : couper les ongles court, laver régulièrement les mains.
- Désinfecter les vêtements et la literie
- Lutter contre les acariens dans la maison : éviter moquettes et tapis, aérer régulièrement les pièces, limiter les peluches
- Porter des vêtements protecteurs à manches longues en préventif.

## 3. Le pityriasis alba

### Définition

Le pityriasis alba est une affection cutanée bénigne fréquente qui survient principalement chez les enfants et les adolescents. Le nom fait référence à son apparence : le pityriasis fait référence à ses fines écailles et alba à sa couleur pâle (hypopigmentation).

### Physiopathologie

Les caractéristiques microscopiques du pityriasis alba sont celles d'une dermatite légère, chronique et non spécifique avec une diminution de la production de mélanine. Plusieurs caractéristiques histopathologiques non spécifiques ont été décrites. Il s'agit notamment de l'hyperkératose, de la parakératose, de l'acanthose, de la spongiose et des infiltrats périvasculaires.

Il s'agit notamment d'une mélanine irrégulière ou nettement réduite dans la couche basale, d'une diminution significative du nombre de mélanocytes et d'une réduction du nombre de mélanocytes actifs avec une diminution du nombre et de la taille des mélanosomes.[84,85]

### Etiologies

Aucune cause spécifique de pityriasis alba n'a été identifiée. Il n'est pas contagieux et aucune étiologie infectieuse n'a été rapportée. Elle est plus fréquente chez les personnes ayant des antécédents d'atopie, bien qu'elle puisse également survenir chez les personnes non atopiques.

### Clinique

Le tableau clinique se caractérise par des macules et des plaques mal définies (ou des plaques minces), rondes ou ovales, souvent avec une légère desquamation, et parfois avec un léger prurit. Les lésions peuvent d'abord être légèrement érythémateuses et, avec le temps, elles deviennent hypopigmentées. Ils sont le plus souvent situés sur le visage (en particulier les joues), les bras et le haut du tronc, et ils sont plus visibles chez les personnes à la peau plus foncée. L'exposition au soleil accentue les lésions.

### Diagnostic

Le diagnostic est généralement clinique mais si doute diagnostique on peut compléter par des examens complémentaires :  
Lampe de Wood, prélèvement et analyse mycologique

### Diagnostic différentiel

- |                     |                         |
|---------------------|-------------------------|
| - Dermatophytose    | - Vitiligo              |
| - Eczéma nummulaire | - Pityriasis versicolor |
| - Psoriasis         | - Naevus achromique     |

### Evolution

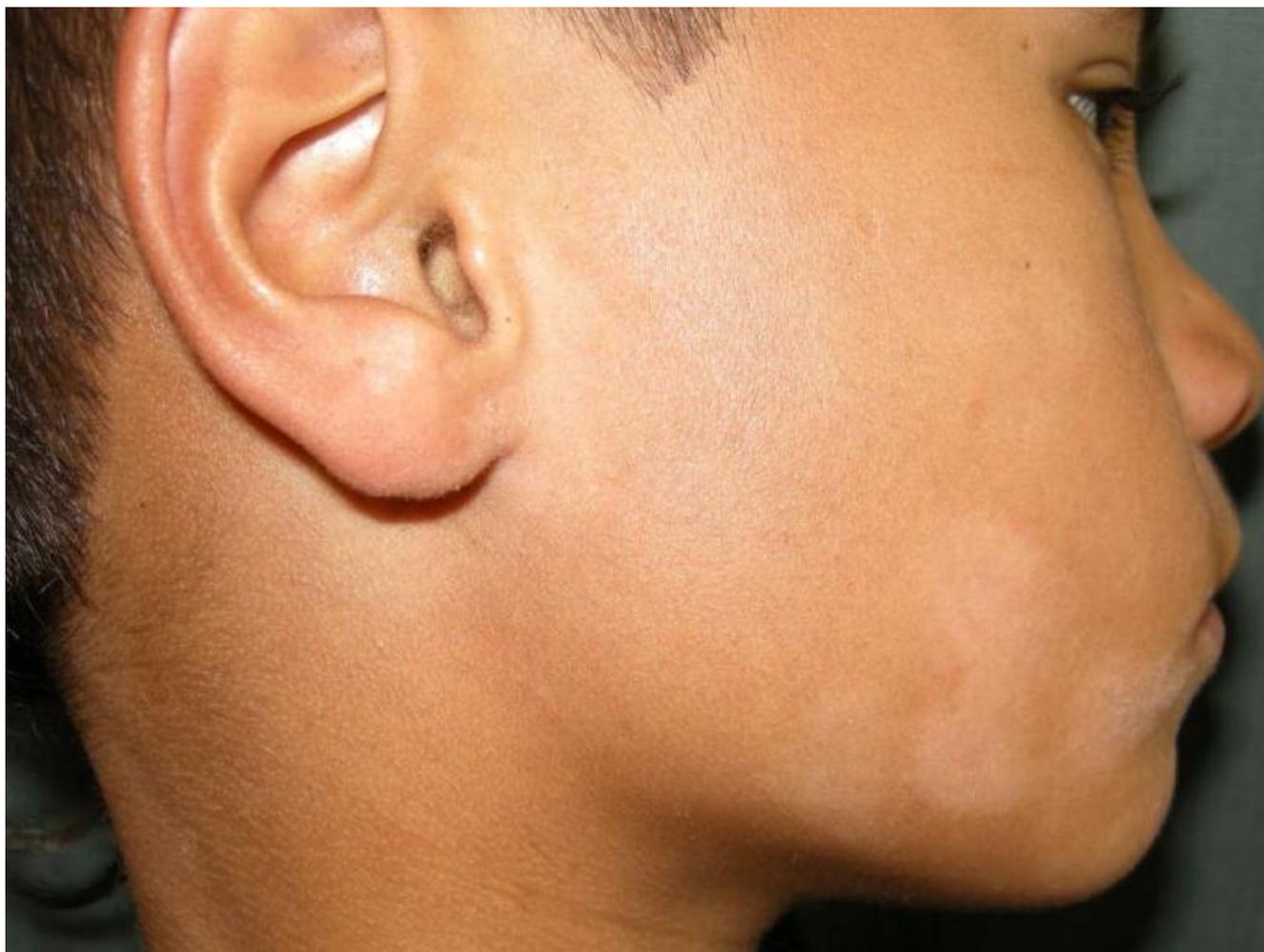
Le pityriasis alba se résorbe spontanément, avec un retour progressif à la pigmentation normale de la peau.

### Pise en charge

Les stéroïdes topiques à faible puissance, tels que la crème ou la pommade à l'hydrocortisone à 1 %, peuvent réduire l'érythème et le prurit et accélérer la repigmentation.

Les émoullients doux, tels que la vaseline et les crèmes, peuvent réduire la desquamation.

La crème solaire peut aider à prévenir les lésions causées par les coups de soleil et à diminuer l'assombrissement de la peau environnante.



**Figure 31 : Pityriasis alba (photo de la littérature)**

## FICHE DE SYNTHÈSE ET DE CONSEIL

### Pityriasis Alba

Dermatose fréquente de l'enfant 3-16 ans, rare chez l'adulte

Étiologie inconnue

FDR évoqués : dermatite atopique, exposition solaire, xérose...

### Clinique :

Le tableau comporte deux phases :

- **1ère phase: macules érythémato-squameuses**

Macule ovalaire, rosé discrète, hyperkératose variable

Bordures en reliefs

Prurit souvent absent

- **2ème phase dépigmentation post inflammatoire**

Macule dépigmentée, lisse

Très visible sur peau foncée donc recrudescence de consultation en fin d'été.



### Le diagnostic positif est clinique

Examen complémentaire si doute diagnostic

(Lampe de Wood/ prélèvement et analyse mycologique)

### Evolution :

Le pityriasis alba se résorbe spontanément, avec un retour progressif à la pigmentation normale de la peau. Le délai de résolution complète varie de quelques mois à quelques années, bien que la plupart des cas soient résolus dans un délai d'un an.

### Traitement :

Les corticostéroïdes topiques à faible puissance

Et les émoullients doux sont les piliers du traitement.

### Conseils :

Les zones touchées doivent être protégées de l'exposition au soleil, car l'assombrissement de la peau environnante peut aggraver l'apparence cosmétique.

Explications +++ sur la bénignité, et régression spontanée à la puberté

## 4. L'urticaire

### Définition

L'urticaire est une dermatose fréquente non contagieuse, généralement bénigne mais peut être mortelle en cas de choc anaphylactique ou d'angio-œdème touchant le larynx. Il existe différents types d'urticaire :

- **L'urticaire aiguë** : il s'agit d'une poussée, d'apparition soudaine et qui dure de quelques heures à quelques jours (en moyenne 4 à 5 jours). Son évolution sera toujours inférieure à 6 semaines. C'est la forme la plus fréquente chez l'enfant.
- **L'urticaire récidivante ou chronique** : Les poussées se répètent, après un laps de temps plus ou moins long (urticaire récidivante) ou quasiment tous les jours (urticaire chronique), et sur une durée d'au moins 6 semaines. Chez l'enfant, elle est moins fréquente que l'urticaire aiguë. [86-88]

### Physiopathologie

L'urticaire est une dermatose inflammatoire déclenchée par la libération massive de médiateurs inflammatoires dans l'organisme. Ces médiateurs, dont le principal est l'histamine, sont libérés lors de l'activation de cellules du système immunitaire et en particulier les mastocytes. Ils provoquent la dilatation des vaisseaux sanguins, l'augmentation de leur perméabilité conduisant à l'érythème et l'œdème des tissus cutanés alentours.

On distingue deux mécanismes physiopathologiques pour les urticaires :

- **Mécanisme immunologique** : La plus fréquente des urticaires immunologiques est l'hypersensibilité de type I ou immédiate. Elle nécessite une sensibilisation préalable avec production d'anticorps spécifiques de l'allergène. Lors du second contact avec l'allergène, celui-ci se fixe sur les IgE spécifiques, activant les mastocytes et les basophiles et entraînant la libération de médiateurs chimiques.

Remarque : L'urticaire d'origine allergique est rare et est toujours une urticaire aiguë. Contrairement à ce qu'on peut penser, l'étiologie allergique n'est pas la plus fréquente.[88,89]

- Mécanisme non immunologique** est le plus fréquent et est responsable de la majorité des urticaires chroniques. [90] Les urticaires non immunologiques ne mettent pas en jeu les effecteurs de l'immunité adaptative et peuvent être dues à l'activation non spécifique des mastocytes et des basophiles. Leur activation est déclenchée par des médicaments (morphine, codéine), des micro-organismes (via les récepteurs de type Toll : TLR), des neuropeptides (ex. acétylcholine lors de stress, d'effort), ou encore par l'activation directe du complément (voie alterne) par des médicaments ou des agents infectieux...

### Causes

- **Urticaires de cause infectieuse** : La cause infectieuse et plus particulièrement l'infection virale est la première cause d'urticaire aiguë chez l'enfant.
- **Urticaires médicamenteuses** : L'urticaire médicamenteuse est généralement une urticaire aiguë et est la seconde cause d'urticaire aiguë de l'enfant. Elle est non allergique dans la majorité des cas (environ 95% des cas). Tous les médicaments peuvent être responsables d'une urticaire et en particulier les antibiotiques, les anesthésiques et les AINS. [88,91,92]
- **Urticaires alimentaires** : Troisième cause d'urticaire aiguë de l'enfant, l'urticaire alimentaire peut être d'origine allergique (ex. allergie au lait de vache, œuf, arachide...), ou due à une consommation d'aliments riches en histamine (ex. fromages) ou histaminolibérateurs (ex. crustacés).
- **Urticaires physiques** : Les urticaires physiques sont des urticaires non allergiques déclenchées par divers stimuli physiques de la peau. Elles sont rares chez l'enfant hormis le dermographisme.
- **Urticaires de contact** : Urticaire immunologique (au latex, cosmétique, ficus...) ou non immunologique (au baume du Pérou, ortie, méduse...).

### Clinique

Il existe deux formes cliniques d'urticaire, une urticaire superficielle qui touche le derme superficiel et une urticaire profonde (angio-œdème ou œdème de Quincke) qui touche les couches cutanées plus profondes (derme profond et hypoderme) et les muqueuses. Les patients développant une urticaire peuvent être touchés par une des deux formes, par l'association des deux (environ 50% des patients), ou par la succession des deux. [86,93]

**L'urticaire superficielle** se caractérise par des plaques œdémateuses bien délimitées, accompagnées de papules blanches ou rosées, et d'un érythème plus ou moins marqué. Son aspect rappelle celui des piqûres d'ortie. Les lésions sont mobiles, fugaces (disparaissent en moins de 24 heures) et prurigineuses.

**L'angio-œdème, ou urticaire profonde**, affecte les couches profondes de la peau ou les muqueuses. Il se manifeste par un œdème marqué et ferme, accompagné plus des douleurs mais les lésions sont moins prurigineuses. Les localisations les plus fréquentes sont le visage, les mains et les pieds. Lorsque l'œdème affecte le visage, on parle d'œdème de Quincke. Ce type d'urticaire dure généralement de 48 à 72 heures et comporte un risque de complications, voire de mortalité.

# Les pathologies dermatologiques courantes en pédiatrie

---

## Diagnostic positif

Le diagnostic d'urticaire chez l'enfant est clinique repose principalement sur l'examen clinique et l'interrogatoire.

**NB :** un bilan allergologique au minimum 1 semaine après l'arrêt du traitement par antihistaminique peut être demandé devant :

- la suspicion d'une urticaire d'origine allergique,
- un tableau de choc anaphylactique ou d'urticaire aiguë avec des signes de gravités

## Diagnostic différentiel

En cas de symptômes atypiques, il peut être confondu avec :

- Un eczéma aigu du visage
- Un exanthème maculopapuleux d'origine infectieuse.
- Un érythème polymorphe.
- Une mastocytose.[86,91]

## Evolution

L'urticaire guérit souvent spontanément en quelques heures ou quelques jours, même sans traitement. Cependant, dans certains cas l'urticaire peut être récidivante ou chronique et durer pendant des années (3 à 5 ans en moyenne).

## Complications possibles

Les deux complications majeures sont une urgence vitale :

- Le choc anaphylactique (rare) ;
- Œdème de Quincke en particulier si atteinte du larynx. [93]

## Pise en charge

Le traitement de l'urticaire dépend de sa forme clinique, de sa chronicité et de sa gravité.

**Traitement de l'urticaire aiguë superficielle :** Le traitement repose, en première intention sur :

- **un anti-histaminique H1 de 2ème génération** : cétirizine ,desloratadine pendant quelques jours et jusqu'à guérison.
- **Un anti-H1 sédatif** (Méquitazine...) peut être utilisé en cas de troubles du sommeil ou d'anxiété associé.
- L'utilisation des corticoïdes est controversée. Généralement à éviter. Ils sont utilisés quelquefois pour les urticaires aiguës ou les formes graves d'urticaire mais la durée de traitement doit être courte (3 à 5 jours). [88,91]

**Traitement de l'urticaire chronique ou récidivante :** En cas d'urticaire chronique idiopathique, le traitement repose, en première intention, sur un anti-histaminique H1 de 2ème génération pendant plusieurs mois (au moins 3 mois), voire années, puis l'anti-H1 est arrêté progressivement après guérison. Les corticoïdes sont déconseillés.

**Angio-œdème :** La prise en charge de l'angio-œdème dépend de sa gravité. Les formes graves, avec atteinte du larynx, sont une urgence médicale et sont traitées par adrénaline. Pour les formes modérées, elles sont traitées par corticoïdes avec relais par anti-histaminique.

**Choc anaphylactique :** Sa prise en charge repose, en plus des mesures de réanimation, sur l'injection d'adrénaline par voie IM avec un relais par corticoïdes. [86]



**Figure 32:urticaire superficielle [62]**



**Figure 33:Dermographisme[94]**

## - FICHE DE SYNTHÈSE ET DE CONSEIL

### Urticaire

Dermatose fréquente et non contagieuse ;

**Urticaire aiguë** : Evolution sur moins de 6 semaines. Fréquente chez l'enfant ; Infection virale, médicament, alimentation sont les principales causes d'urticaire aiguë chez l'enfant ;

**Urticaire chronique** : Evolution sur une durée supérieure à 6 semaines ; Les urticaires physiques sont des causes d'urticaire chronique ;

**Clinique** : Urticaire superficielle OU angio-œdème OU association des deux

#### **Urticaire superficielle**

→ Se caractérise par :

- Des plaques œdémateuses bien délimités,
- Des papules blanches ou rosées
- Erythème +/- marqué

→ Les lésions sont mobiles est fugaces prurigineuses +++

#### **Angio-œdème ou urticaire profonde**

→ Se manifeste par :

- Œdème marqué, ferme ;
- Lésions moins prurigineuses mais douloureuses

→ Les localisations fréquentes sont au niveau du visage, mains, pieds ;

→ On parle d'œdème de Quincke si l'œdème affecte le visage : formes sévère avec risque de complications et de mortalité

**Evolution** : Guérison spontanée en quelques heures ou quelques jours. Possibilité d'évolution vers une urticaire récidivante ou chronique pouvant durer plusieurs années.

#### **Traitement** :

- 1- Antihistaminique H1 de 2<sup>nd</sup>e génération (cétirizine, desloratadine...)
- 2- Anti-H1 avec action sédatrice si troubles du sommeil ou anxiété (Méquitazine)
- 3- Si insuffisant : augmentation des doses OU changement d'anti-H1 (1<sup>ère</sup> ou 2<sup>nd</sup>e génération) OU association de deux anti-H1.

**Durée du traitement** : Quelques jours, jusqu'à guérison pour l'urticaire aiguë OU plusieurs mois, jusqu'à guérison puis arrêt progressif pour l'urticaire chronique ;

**Corticoïdes à éviter ou sur une courte période de quelques jours (en cas de gravité).**

#### **Conseils** :

Surveiller l'enfant, l'évolution de l'urticaire.

Si facteur déclenchant connu avec certitude, conseiller son éviction.

Eviter les bains chauds, qui peuvent aggraver le prurit

Eviter l'automédication et en particulier : aspirine, AINS ou corticoïdes.

Si tests allergologiques : Arrêt des antihistaminiques au moins une semaine avant.

### **III. PITYRIASIS ROSÉ DE GILBERT**

#### **Définition**

Le pityriasis rosé de Gilbert est une dermatose inflammatoire bénigne qui survient principalement chez les enfants et les jeunes adultes.

#### **Physiopathologie**

Le pityriasis rosé de Gilbert (PRG) a été découvert en 1860 par Camille Melchior Gibert. C'est une pathologie bénigne, endémo-épidémique d'étiopathogénie obscure. La réactivation des virus de l'herpès de type 6 et 7 est l'hypothèse la plus admise actuellement[95]. L'abstention thérapeutique est préconisée par la plupart des auteurs[96,97]

#### **Clinique**

- Éruption macula-papuleuse squameuse, à prédominance tronculaire. D'abord tache isolée en forme de médaillon, de couleur rosée et de rebord plus sombre, recouverte de minuscules squames.
- Puis apparition de multiples éléments lenticulés rosés ou rouges (sur peau claire) ou grisâtres (sur peau brune), de grand axe aligné sur les plis cutanés.
- Sur les versants thoraciques, disposition symétrique des lésions en branches de sapin.
- En règle, pas d'atteinte muqueuse.

#### **Diagnostic**

Le diagnostic positif est clinique. Repose principalement sur l'examen clinique et la présentation caractéristique des lésions cutanées.

#### **Diagnostic différentiel**

- Les teignes du corps ;
- Le pityriasis versicolor ;
- Les éruptions médicamenteuses ;
- Le psoriasis en gouttes ;

#### **Evolution**

Le pityriasis rosé de Gilbert guérit spontanément en 4 à 6 semaines en moyenne mais il existe des formes à évolution prolongée, Florides et ou faciales[96].

#### **Pise en charge**

L'abstention thérapeutique est la règle.

Si prurit intense : traitement symptomatique par un antihistaminique voire un dermocorticoïde +/-...



***Figure 34: pityriasis rosé, lésion élémentaire typique [98]***



***Figure 35: pityriasis rosé de Gibert inversé, lésions axillaires, l'aspect ovale est très évocateur du diagnostic. [98]***

## **FICHE DE SYNTHÈSE ET DE CONSEIL**

### **Pityriasis rosé de Gilbert**

Le pityriasis rosé de Gilbert est une dermatose inflammatoire bénigne. Son étiopathogénie est inconnue. Le rôle du virus herpès (6 et 7) est de plus en plus admis dans le déclenchement de la maladie.

#### **Clinique :**

- Éruption macula-papuleuse squameuse, à prédominance tronculaire. D'abord tache isolée en forme de médaillon, de couleur rosée et de rebord plus sombre, recouverte de minuscules squames.
- Puis apparition de multiples éléments lenticulés rosés ou rouges (sur peau claire) ou grisâtres (sur peau brune), de grand axe aligné sur les plis cutanés.
- Sur les versants thoraciques, disposition symétrique des lésions en « branches de sapin »
- En règle, pas d'atteinte muqueuse.



Le diagnostic positif est clinique

#### **Evolution :**

Guérison spontanée en 4 à 6 semaines en moyenne

#### **Traitement :**

L'abstention thérapeutique est la règle.

Si prurit intense : traitement symptomatique par un antihistaminique voire un dermocorticoïde.

#### **Conseils :**

- L'Utilisation des crèmes hydratante douce et non irritante : Cela peut aider à réduire les démangeaisons et à prévenir la desquamation.
- L'éviction des irritants : savons et produits de bain trop agressifs
- L'utilisation des vêtements doux et ample en coton
- L'éviction de grattage des lésions : car cela pourrait aggraver l'irritation et conduire à des infections secondaires.

### **IV. LA DERMATITE SEBORRHEIQUE DU NOURRISSON**

#### **Définition**

La dermite séborrhéique du nourrisson, ou « croûtes de lait », est une affection cutanée fréquente touchant environ deux tiers des bébés dans les premiers mois de vie. Elle est non contagieuse et le plus souvent bénigne mais peut être inesthétique. Elle se manifeste généralement au cours des 9 premiers mois de vie.

#### **Physiopathologie**

A l'heure actuelle, l'origine exacte des « croûtes de lait » est mal connue. Cette maladie semble favorisée par deux facteurs combinés :

- Un excès de sébum qui serait dû à la persistance d'hormones maternelles stimulant les glandes sébacées.
- Un développement excessif d'une levure : *Malassezia furfur* sur les zones grasses.

Les croûtes de lait ne sont pas dues à une mauvaise hygiène, cependant une irritation répétée de la peau et/ou du cuir chevelu entraîne une sécrétion excessive de sébum. Cela peut arriver en cas d'usage de produits de soin et/ou de toilette non adaptés à la peau du nourrisson. Les croûtes se forment par agglomération des cellules mortes de la peau dans le sébum. [99,100]

#### **Clinique**

La dermite séborrhéique du nourrisson se manifeste par des plaques croûteuses grasses, sur fond érythémateux, blanchâtres ou jaunâtres, d'épaisseurs variables, et adhérentes au cuir chevelu. Ces plaques débutant au niveau du cuir chevelu peuvent s'étendre au 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. On parle de maladie de Leiner-Moussous pour les formes étendues et extensives. Généralement Il n'y a pas d'altération de l'état général, pas de gêne fonctionnelle ni de prurit dans la plupart des cas.

#### **Diagnostic positif**

Le diagnostic est clinique avec un aspect caractéristique et ne nécessite pas d'examen complémentaire.

#### **Diagnostic différentiel**

## Les pathologies dermatologiques courantes en pédiatrie

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 [101].

### Evolution Complications possibles

Cette dermatite, bénigne, disparaît généralement spontanément vers l'âge de 6 mois. La guérison se fait en quelques semaines avec des récurrences possibles.

Dans certains cas, la dermatite peut persister, s'étendre ou s'infecter par des bactéries ou des levures (Candida).

### Pise en charge

Dans la majorité des cas, la DS du nourrisson étant transitoire et bénigne, elle ne nécessite pas de traitement spécifique. Les soins de toilette sont nécessaires car ces croûtes de lait peuvent persister, s'étendre ou s'infecter par des bactéries ou des levures.

#### a- Les soins :

- Laver la tête du bébé avec un shampoing doux adapté chaque soir.
- Lorsque les croûtes de lait sont très épaisses : appliquer la vaseline salicylée voire un soin spécifique kératolytique et hydratant 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 d'arrière en avant afin d'éliminer délicatement les croûtes.
- L'application peut être renouvelée tant que persiste les croûtes de lait.

#### b- Traitements médicamenteux :

- En cas d'atteinte sévère étendue ou très inflammatoire : un corticoïde topique de puissance faible (hydrocortisone 1%) peut être prescrit à la posologie de 2 applications par jour pendant quelques jours, ou un antifongique local imidazolé pendant 2 à 4 semaines.[102,103]
- En cas de signes de surinfection : Un antibiotique peut être prescrit.



**Figure 36: Dermatite séborrhéique chez un nourrisson avant traitement aux urgences pédiatriques, CHU Hassan II Fès.**

## FICHE DE SYNTHÈSE ET DE CONSEIL

### Dermatite séborrhéique du nourrisson

Dermatose fréquente du nourrisson.

Elle est non contagieuse et le plus souvent bénigne.

La dermatite séborrhéique semble favorisée par un excès de sébum et le développement excessif d'une levure : *Malassezia furfur*. Les croûtes de lait se forment par agglomération des cellules mortes de la peau dans le sébum.

#### Clinique :

Plaques croûteuses grasses, sur fond érythémateux, blanchâtres ou jaunâtres, d'épaisseurs variables. Adhérentes au cuir chevelu et pouvant s'étendre au visage (front, sourcils...).

Absence de prurit ; Non gênantes pour l'enfant.

Le siège et la peau axillaire peuvent être atteints.

#### Le diagnostic



Le diagnostic positif est clinique

#### Evolution :

Le plus souvent guérison spontanée en quelques semaines. Récidives possibles. Plus rarement, elle peut persister, s'étendre ou s'infecter par des bactéries ou des levures (*Candida*).

#### Traitement :

- **Shampooing doux** quotidien puis brossage ;
- **Soin spécifique kératolytique** et hydratant avant le shampooing pour ramollir les croûtes

Exemple : \*Vaseline salicylée

\* Gel émoullient Croûtes de lait

A appliquer 2 heures avant le shampooing, puis brosser le cuir chevelu avec une petite brosse en poils de soie d'arrière en avant afin d'éliminer délicatement les croûtes.

NB : L'application peut être renouvelée tant que persiste les croûtes de lait.

- **Si formes sévères** : Corticoïde topique de puissance faible OU antifongique local

#### Conseils :

Utilisation de produits de toilette adaptés aux bébés.

Brosser délicatement le cuir chevelu après chaque shampooing à l'aide d'une brosse douce ;

#### **Conseils préventifs :**

Shampooing doux 2 à 3 fois par semaine puis brossage ;

#### **Conseils curatifs :**

Rassurer sur l'aspect bénin ; Rappeler l'absence de lien avec l'alimentation ;

Traiter le plus tôt possible pour plus d'efficacité ;

Ne pas gratter ou enlever de force les plaques.

### **V. L'ÉRYTHEME FESSIER DU NOURRISSON**

#### **Définition**

Il s'agit d'une dermatose très fréquente chez le nourrisson, responsable de 10 à 15% des motifs de consultation chez le pédiatre. Il est le plus souvent causé par une irritation du siège due au contact de la peau avec les selles et les urines, accentuée par l'effet occlusif de la couche. L'origine infectieuse est une autre cause possible.

#### **Physiopathologie**

- **La dermatite d'irritation :**

Cet érythème fessier est dû au contact prolongé de la peau avec les selles et/ou les urines et est favorisé par l'occlusion et la macération. En effet, les selles et les urines agressent la peau en augmentant l'humidité, en acidifiant le milieu, et par l'action d'enzymes fécales. La peau perd donc sa fonction de barrière et devient plus perméable aux substances irritantes et aux agents infectieux. D'autres facteurs favorisent cet érythème fessier :

- Un manque d'hygiène avec des couches qui ne sont pas changées assez souvent ou un nettoyage du siège insuffisant.
- Des couches de mauvaise qualité, peu absorbantes.
- Le frottement de la couche ou des vêtements avec la peau.
- Des épisodes de diarrhée comme par exemple au cours d'une gastro-entérite, des poussées dentaires ou lors de la prise d'antibiotique.
- Un usage de produit inadapté pour la toilette ou les soins du nourrisson.

- **L'érythème fessier d'origine infectieuse :**

Une infection peut être à l'origine d'un érythème ou être une complication d'une dermatite irritative. Il peut s'agir d'une infection bactérienne à *Staphylococcus aureus*, à un streptocoque bêta-hémolytique du groupe A (anite streptococcique) ou plus rarement à *Pseudomonas aeruginosa*. Il peut aussi s'agir d'une infection fongique à *Candida albicans* favorisée par un traitement antibiotique par voie orale. Les érythèmes fessiers d'origine infectieuse sont favorisés par les diarrhées.[104-106]

#### **Clinique**

Il existe plusieurs types de dermatites du siège dont les dermatites des convexités et les dermatites des plis.

- **La dermatite des convexités en W : est la plus fréquente**

Le plus souvent d'origine irritative. Elle se manifeste par un érythème rouge vif au niveau de la zone recouverte par les couches et prédominant au niveau des zones convexes du siège en évitant les plis et la région anale. L'érythème forme alors un « W » qu'on observe lorsque le bébé est couché sur le dos et qu'on relève ses jambes. Il peut s'étendre à l'ensemble du siège, et la peau peut devenir suintante et érosive.

- **La dermatite des plis en Y :**

L'érythème débute au niveau des plis cutanés de la zone recouverte par la couche. Les plis inguinaux et la zone péri-anale sont atteints par un érythème formant alors un « Y ». Elle est le plus souvent due à la macération des plis, pouvant être favorisée par un mauvais séchage et par l'application de produits gras.

- **La dermatite péri-anale :**

Le plus souvent d'origine bactérienne et due à *Staphylococcus aureus*. L'anite streptococcique se manifeste donc par un érythème péri-anale associé à une fièvre élevée. Il peut être douloureux et/ou prurigineux et il est possible d'observer des lésions de type fissure ou érosion au niveau du siège. [104–106]

### Diagnostic différentiel

Un érythème fessier persistant peut être dû à divers troubles, dont par exemple 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].

### Evolution et complications possibles

L'érythème fessier correctement pris en charge évolue généralement vers la guérison en 5 à 6 jours. En l'absence de soins ou si la prise en charge est inadaptée, la dermatite d'irritation persiste et peut s'étendre en dehors des zones sous la couche. Il peut également se compliquer par une surinfection bactérienne (*Staphylocoque doré*) ou par une colonisation et/ou une surinfection fongique (*Candida albicans*).

### Pise en charge :

#### **a- Soins d'hygiène**

- Nettoyer le siège à l'eau tiède avec savon surgras
- Sécher minutieusement, en tamponnant et non en frottant
- Eviter les lingettes sans rinçage contenant du phénoxyéthanol
- Préférer le liniment oléo-calcaire, composé d'huile d'olive et d'eau de chaux.
- Laisser les lésions à l'air le plus possible : il s'agit du traitement le plus efficace

#### **b- Protection cutanée**

- Application des topiques protecteurs du siège
- En cas d'érythème fessier « suintant » : tamponner les lésions avec une compresse stérile imbibée d'une lotion asséchante incolore

#### **c- Traitement médicamenteux**

En cas de mycose de siège associée : utiliser une crème antifongique (exemple **Ciclopirox, éconazole**)

En cas de surinfection bactérienne : l'antibiothérapie locale suffit généralement, (exemple : **acide fusidique**)



**Figure 37: Dermite irritative en W : les plis épargnés et les zones convexes atteintes (Photos CHU Hassan II Fès)**



**Figure 38: Dermite irritative nodulaire (nodules sur zones convexes)  
Photo CHU Hassan II Fès**



***Figure 39: Dermite érosive (photos CHU Hassan II Fès)***

*Conclusion :*

### **Conclusion :**

La prise en charge des pathologies dermatologiques pédiatriques nécessite une approche holistique qui combine un diagnostic précis, un traitement spécifique, une éducation aux parents, un suivi régulier et des mesures préventives pour assurer le bien-être à long terme de l'enfant.

Il est crucial d'établir un diagnostic précis en identifiant les caractéristiques cliniques de la pathologie cutanée et en réalisant éventuellement des tests complémentaires si nécessaire.

Le traitement varie en fonction de la condition spécifique. Il peut inclure des médicaments topiques tels que des crèmes ou des onguents, des médicaments par voie orale, des antihistaminiques pour soulager les démangeaisons, des antibiotiques pour les infections bactériennes, des antifongiques pour les infections fongiques, ou d'autres traitements spécifiques à la condition.

Les parents doivent être éduqués sur la nature de la pathologie cutanée de leur enfant, sur le traitement recommandé et sur les mesures préventives à prendre à la maison. Cela peut inclure des instructions sur l'application de médicaments, la gestion des symptômes, l'hygiène de la peau et la prévention des récurrences.

Un suivi régulier est souvent nécessaire pour surveiller la progression de la condition, ajuster le traitement si nécessaire et évaluer la réponse au traitement.

*Bibliographie :*

## **BIBLIOGRAPHIE**

- 1- Larousse. Structure de la peau. Larousse. [En ligne] [Citation : 22 janvier 2014.] [http://www.larousse.fr/encyclopedie/images/Structure\\_de\\_la\\_peau/1001996](http://www.larousse.fr/encyclopedie/images/Structure_de_la_peau/1001996).
- 2- Rassner, G. Dermatologie : manuel et atlas. Paris : Maloine, 2006. p. 502.
- 3- Cohen, B.A. Dermatologie pédiatrique. Paris : Editions Med'com, 2007. p. 273.
- 4- Dreno, B. Anatomie, immunologie de la peau et de ses annexes. Annales de dermatologie et de vénéréologie. 2008, Vol. 135, pp. 149-152.
- 5- Dermato-info.fr. Un organe multi-fonction. Le site d'information de la Société française de dermatologie. [En ligne] [Citation : 19 septembre 2013.] [http://dermato-info.fr/article/Un\\_organe\\_multifonction](http://dermato-info.fr/article/Un_organe_multifonction).
- 6- Ledreney-Grosjean, L. ABC...du conseil dermocosmétique en pharmacie. Rueil-Malmaison : Le Moniteur des Pharmacies, 2012. p. 234.
- 7- Marty, J.P. NMF et cosmétologie de l'hydratation cutanée. Annales de dermatologie et de vénéréologie. 2002, Vol. 129, pp. 131-136.
- 8- Stalder, J. F. Les soins de la peau du nouveau-né. Archives de pédiatrie. 2006, Vol. 13, pp. 2-5.
- 9- Bodak, N., Bodemer, C. Hydratation de la peau du nouveau-né, du prématuré. Annales de dermatologie et de vénéréologie. 2002, Vol. 129, pp. 143-146.
- 10- Taieb, A., Enjolras, O., Vabres, P. et al. Dermatologie néonatale. Paris : Maloine, 2009. p. 303.
- 11- Lorette, G., Lacour, J.P. Dermatologie pédiatrique. Rueil-Malmaison : Doin Editeurs, 2007. p. 205.
- 12- Machet, L., Vaillant, L., Lorette, G. La peau du nouveau-né. Annales de dermatologie et de vénéréologie. 1999, Vol. 126, pp. 918-920.
- 13- Martini, M.C. Introduction à la dermopharmacie et à la cosmétologie, 3ème édition. Paris : Technique et Documentation, 2011. p. 500.
- 14- Estrade, M.N. Conseil en cosmétologie, 2ème édition. Rueil-Malmaison : Wolters Kluwer, 2006. p. 341.
- 15- Beylot, G. Les cosmétiques adaptés au nourrisson. Actualités Pharmaceutiques. 2012, 515, pp. 53-56.
- 16- Crickx, B. Lésions élémentaires dermatologiques. Annales de dermatologie et de vénéréologie. 2005, Vol. 132, pp. 75-88.
- 17- Lipsker, D. Sémiologie cutanée. AKOS (Traité de médecine). 2010, pp. 1-9.

## Les pathologies dermatologiques courantes en pédiatrie

---

18. 18- CEDEF. Item 87 - Infections cutanéomuqueuses bactériennes et mycosiques : infections à dermatophytes de la peau glabre, des plis et des phanères. Annales de dermatologie et de vénéréologie. 2012, Vol. 139, pp. A47-A51.
19. 19-Denieul, A., Faure, S. Les dermatomycoses. Actualités Pharmaceutiques. 2009, 484, pp. 10-13.
20. 20-Zagnoli, A., Chevalier, B., Sassolas, B. Dermatophyties et dermatophytes. EMC Pédiatrie. 2005, Vol. 2, pp. 96-115.
21. 21-Vidal. Vidal 2013 Le Dictionnaire, 89ème édition. Issy-Les-Moulineaux : Editions Vidal, 2013. p. 2740.
22. 22-Chabasse, D., Contet-Audonneau, N. Les teignes du cuir chevelu. Revue francophone des laboratoires. 2013, 454, pp. 49-57.
23. 23-Denieul, A., Faure, S. Les traitements antifongiques. Actualités Pharmaceutiques. 2009, 484, pp. 14-18.
24. 24-Le Guyadec, T. Le "retour" des teignes interhumaines ne justifie pas obligatoirement une éviction scolaire. La presse médicale. 2006, Vol. 35, pp. 1205-1206.
25. 25-CEDEF. Item 87 - Infections cutanéomuqueuses bactériennes et mycosiques : Candida albicans. Annales de dermatologie et de vénéréologie. 2012, Vol. 139, pp. A40-A46.
26. 26-<sup>Á</sup> M. FEUILHADE, J. BAZEX, A. CLAUDY, J.C. ROUJEAU. Infections à dermatophytes de la peau glabre, des plis et des phanères. In : Organe de la Société Française de Dermatologie et de l'Association des dermatologistes Francophones. Annales de dermatologie et de vénéréologie. Paris : Masson, 2002, Tome 129, p 2S58-2S64.
27. 27-Wallach, D. Guide pratique de dermatologie, 3ème édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2007. p. 341.
28. 28- Bontemps, F. Le conseil à l'officine dans la poche, 7ème édition revue et mise à jour. Rueil-Malmaison : Edition Le Moniteur des pharmacies, 2012. p. 153.
29. 29-Roul-Bouriat, S., Taieb, A. Les soins du siège chez le nourrisson. Journal de Pédiatrie et de Puériculture. 1998, Vol. 11, pp. 405-409.
30. 30-Saint-Jean, M., Tessier, M.H., Barbarot, S. et al. Pathologie buccale de l'enfant. Annales de dermatologie et de vénéréologie. 2010, Vol. 137, pp. 823-837.
31. 31-Hay R.J, Roberts S.O.B, Mackensie D.W.R. Pityriasis Versicolor . In :Champion R.H , Burton I.L , Ebling F.J.G. eds . Textbook of dermatology. Vol. 2. Oxford : Blackwell scientific publication, 1992; 1176-79.
32. 32-Faergemann J. Treatment of pityriasis versicolor with a single dose of fluconazole. Acta Derm Venereol 1992 72 :74-5.
33. 33-Ameli-sante. Scarlatine. ameli-sante.fr. [En ligne] 6 Février 2015. [Citation : . Novembre 2016.] <http://www.ameli-sante.fr/scarlatine/que-faire-et-quand-consulter.html>.

## Les pathologies dermatologiques courantes en pédiatrie

---

34. 34-CMIT - Collège des universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales. E. Pilly - Chapitre 25 : Angines et pharyngites. 25e ed. s.l. : ALINEA Plus Ed, 2016. pp. 159-163. 20164.
35. 35-Ameli-sante. Impétigo. ameli-sante.fr. [En ligne] . . 2016. [Citation : . Octobre 2016.] <http://www.ameli-sante.fr/impetigo/definition-symptomes-facteurs-favorisants-transmission.html>.
36. 36-VIDAL Mobile. VIDAL Recos - Impétigo. [En ligne] 16 Mars 2016. [Citation : . Octobre 2016.].
37. 37-Habif Thomas P. et al. Maladies cutanées - Diagnostic et traitement - Chapitre infections bactériennes - Impétigo. 2e ed. s.l. : Elsevier Masson, 2012. pp. 153-159.
38. 38-Fridkin Scott K., Hageman Jeffray C. et al. Methicillin-resistant Staphylococcus aureus Disease in Three Communities. The New England Journal of medicine. 7 Avril 2005.
39. 39-VIDAL. Impétigo de l'enfant et de l'adulte. EurekaSanté. [En ligne] 16 Mars 2016. [Citation : . Octobre 2016.] <http://eurekasante.vidal.fr/maladies/peau-cheveux-ongles/impetigo.html>.
40. 40-Willemin Patricia. L'impétigo de l'enfant. Le Moniteur des Pharmacies. [En ligne] 30 Novembre 2013. [Citation : . Octobre 2016.] <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-3009/l-impetigo-de-l-enfant.html>.
41. 41-MedQual. L'impétigo. medqual.fr. [En ligne] 29 Novembre 2012. [Citation : . Octobre 2016.] [http://www.medqual.fr/pro/Marie/RESSOURCES%20ET%20INFORMATIONS/1-CLINIQUE\\_GERME/Impetigo/902-IMPETIGO-2012.pdf](http://www.medqual.fr/pro/Marie/RESSOURCES%20ET%20INFORMATIONS/1-CLINIQUE_GERME/Impetigo/902-IMPETIGO-2012.pdf).
42. 42-Mazereeuw-Hautier J. Formation médicale continue - Clinique - Impétigo. Ann Dermatol Venereol. 2006, 133:194-207.
43. 43-Bjornsdttir S et al. Risk Factors for Acute Cellulitis of the lower Limb : A Prospective Case-Control Study. Clin infect Dis. 2005 ; 41 ; 1416-.
44. 44-Bisno AL, Stevens DL. Streptococcal infections of skin and soft tissues. N Engl J Med 1996 ; 334 :240-.
45. 45-Ibler KS, Kromann CB. Recurrent furunculosis - challenges and management: a review. Clin Cosmet Investig Dermatol 2014;7:59-64.
46. 46-Groupe de Pathologie Infectieuse Pédiatrique, Gillet Y, Lorrot M, Cohena R, Hau I, Grimprel E, et al. Antibiotic treatment of skin and soft tissue infections. Arch Pediatr 2017;24:s30-5.
47. 47-Moulin F, Quinet B, Raymond J, Gillet Y, Cohen R. Propositions thérapeutiques pour le traitement des infections cutanées bactériennes. Arch Pediatr 2008;15 (Suppl 2):S62-7.
48. 48-Le Moniteur des pharmacies. Herpès labial . [En ligne] 01 Février 2016. [Citation : . Février 2017.] [http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/mybdd/fiche/54\\_herpes\\_labial/herpeslabial/index/34/bb5page/comptoir/conseil/aide-memoire-pharmacien.html](http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/mybdd/fiche/54_herpes_labial/herpeslabial/index/34/bb5page/comptoir/conseil/aide-memoire-pharmacien.html).

## Les pathologies dermatologiques courantes en pédiatrie

---

49. 49-Monfort Jean-Benoît. Guide pratique de l'Interne - Dermatologie. s.l. : Vernazobres Grego, 2012.
50. 50-Habif Thomas P. et al. Maladies cutanées - Diagnostic et traitement - Chapitre syndrome main-pied-bouche. [éd.] Elsevier Masson. 2e ed. 2012. pp. 241-243.
51. 51-World Health Organization. Hand, Foot and Mouth Disease Information Sheet. [En ligne] 10 Juillet 2012. [Citation : . Novembre 2016.].
52. 52-CMIT, Collège des universitaires de Maladies Infectieuses et tropicales. E. PILLY - Maladies infectieuses et tropicales 2016. [éd.] CMIT. 25e.
53. 53-Vanhooteghem, O., Henrijean, A., de la Brassinne, M. Epidémiologie, clinique et traitements du molluscum contagiosum : revue de la littérature. Annales de dermatologie et de vénéréologie. 2008, Vol. 135, pp. 326-332.
54. 54-Chabli, H., Hocar, O., Akhdari, N. et al. Intérêt de l'hydroxyde de potassium 5 % dans le traitement du molluscum contagiosum. Annales de dermatologie et de vénéréologie. 2013, Vol. 140, pp. S73-S74.
55. 55-Guérin, M., Lepêcheur, V., Rachieru-Sourisseau, P. et al. Utilité du cidofovir topique dans le traitement des molluscum contagiosum en contexte d'immunosuppression thérapeutique chez l'enfant. Archives de pédiatrie. 2012, Vol. 19, pp. 1157-1163.
56. 56-La Revue Prescrire. Molluscums contagiosums - Attendre leur disparition spontanée : une option raisonnable. . Avril 2015, Tome 35 N°378, pp. 276-278.
57. 57-Hanna D., et al., et al. A prospective randomized trial comparing the efficacy and adverse effects of four recognized treatments of molluscum contagiosum in children. Pediatric dermatology. 2006.
58. 58-ameli-sante. Verrues. ameli-sante.fr. [En ligne] . . 2016. [Citation : . Juin 2016.] <http://www.ameli-sante.fr/verrues/que-sont-les-verrues-cutanees-et-comment-apparaissentelles.html>.
59. 59-Société Française de Dermatologie. Les verrues. Dermato-info.fr. [En ligne] 24 Juin 2015. [Citation : . Juin 2016.] [http://dermato-info.fr/article/Les\\_verrues](http://dermato-info.fr/article/Les_verrues).
60. 60-Willemin Patricia. Les verrues plantaires. Le Moniteur des Pharmacies. 4 Juin 2016, n°3131, p. 28.
61. 61-Fouéré S, Biver-Dalle C et al. EMC - Dermatologie : Lésions cutanées et muqueuses associées aux papillomavirus humains. 2015. 10(4):1-11[Article 98-300-A-10].
62. 62-Beylot C. Acné. Thérapeutique Dermatologique. [En ligne] 31 Août 2012. [Citation : . Décembre 2016.] <http://www.therapeutique-dermatologique.org/spip.php?article1017&lang=fr#paragraphe-5>.
63. 63-Royer M., Latre C.-M., Paul C., et al. La gale du nourrisson. Annales de dermatologie et de vénéréologie. 2008, Vol. 135, pp. 876-881.

64. 64-Botterel F., Foulet F. Diagnostic et traitement de la gale en 2010 : quoi de neuf ? Journal des Anti-infectieux. 2011, Vol. 13, pp. 109-116.
65. 65-Barachy N., Dreyfuss G., Vono J. Physiopathologie et diagnostic de la gale. Actualités Pharmaceutiques. 2013, 526, pp. 18-22.
66. 66-La gale : épidémiologie et généralités. Actualités Pharmaceutiques. 2013, 526, pp. 16-17.
67. 67-Dermato-info.fr. La gale. Le site d'information de la Société française de dermatologie. [En ligne] [Citation : 19 juillet 2013.] [http://dermatoinfo.fr/article/La\\_gale/Comprendre](http://dermatoinfo.fr/article/La_gale/Comprendre).
68. 68-Ballanger F., Barbarot S. et al. Dermatologie pédiatrique - Chapitre : infections bactériennes. s.l. : doin, 2007. pp. 23-32.
69. 71-Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Prescription des antibiotiques par voie locale dans les infections cutanées bactériennes primitives et secondaires - Recommandations. Infectiologie.com. [En ligne] . Juillet 2004. [Citation : . Octobre 2016.] [http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/\\_documents/consensus/2005-atb-localedermato-recos-afssaps.pdf](http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/_documents/consensus/2005-atb-localedermato-recos-afssaps.pdf).
70. 72-Bouvresse S. et Chosidow O. EMC - Pédiatrie - Ectoparasitoses : poux et gale. Paris : Elsevier Masson SAS, 2011. 4-114-B-10.
71. 73-Habif Thomas P. et al. Maladies cutanées - Diagnostic et traitement - Chapitre Gale + Chapitre Poux (pédiculose). 2e ed. s.l. : Elsevier Masson, 2012. pp. 332-339.
72. 74-Lacroix Damien et Bontemps Florence. Les parasites de l'enfant. Le Moniteur des pharmacies - Formation. 8 Septembre 2012, n°2947.
73. 75-Ameli-sante. Eczéma atopique. [En ligne] 4 Septembre 2015. [Citation : . Septembre 2016.] <http://www.ameli-sante.fr/eczema-atopique/eczema-atopique.html>.
74. 76-Peng W. et Novak N. Pathogenesis of atopix dermatitis. Clinical & experimental allergy. 25 Février 2015, Vol. 45, Issue 3, pp. 566-574.
75. 77-Fondation Dermatite Atopique. [En ligne] 18 septembre 2013. [Citation : . janvier 2017.] <http://www.fondation-dermatite-atopique.org/fr>.
76. 78-Collège des Enseignants en Dermatologie de France. Annales de dermatologie et de vénéréologie - Item 183 - UE7 : Hypersensibilités et allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte. s.l. : Elsevier Masson, 2015. 142S, S145-S166.
77. 79-Société Française de Dermatologie. Conférence de consensus Texte long - Prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant. 2015. Ann Dermatol Venereol 132:1S19-33.
78. 80-Société Française de Dermatologie. La dermatite atopique. dermatoinfo.fr. [En ligne] 24 Juin 2015. [Citation : . Septembre 2016.] [http://dermatoinfo.fr/article/La\\_dermatite\\_atopique](http://dermatoinfo.fr/article/La_dermatite_atopique).

## Les pathologies dermatologiques courantes en pédiatrie

---

79. 81-Société Française de Dermatologie. Thermorégulation. Société Française de Dermatologie et de pathologie Sexuellement Transmissible. [En ligne] . . 2005. [Citation : . janvier 2017.] <http://www.sfdermato.org/media/pdf/formation-en-dpc/formation/11-thermoregulation.pdf>.
80. 82-Fondation René Touraine. Prurigo strophulus. Thérapeutique dermatologique : un manuel de référence en dermatologie. [En ligne] [Citation : 13 mars 2014.] <http://www.therapeutique-dermatologique.org/spip.php?article1275>.
81. 83-Bayliss Mallory, S. Dermatologie pédiatrique. Issy-les-Moulineaux : Elsevier, 2007. p. 358.
82. 84-White, G. Atlas en couleurs de dermatologie, 3ème édition. Paris : Maloine, 2006.
83. 85-Maruani, A., Samimi, M., Lorette, G. Les prurigis. La presse médicale. 2009, Vol. 38, pp. 1099-1105.
84. 86-Patel AB, Kubba R, Kubba A. Clinicopathological correlation of acquired hypopigmentary disorders. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2013 May-Jun;79(3):376-82. [PubMed].
85. 87-In SI, Yi SW, Kang HY, Lee ES, Sohn S, Kim YC. Clinical and histopathological characteristics of pityriasis alba. Clin Exp Dermatol. 2009 Jul;34(5):591-7. [PubMed].
86. 88-L'information médicale grand public de référence. Eureka Vidal. [En ligne] [Citation : 18 juillet 2013.] <http://www.eukasante.fr/maladies/chez-les-enfants/crouttes-lait-dermiteseborrheique.html?pb=que-faire>.
87. 89-Le Craz S., Bontemps F. En pratique, l'érythème fessier. Le moniteur des pharmacies formation : la peau des bébés. 2008, Vol. 2754, pp. 4-5.
88. 90-Beguïn, A. L'érythème fessier : toujours d'actualité ? Archives de pédiatrie. 2006, Vol. 13, pp. 6-9.
89. 91-Flash info. Erythème fessier du nourrisson. Journal de pédiatrie et de puériculture. 2007, Vol. 20, pp. 179-182.
90. 92-Club Dermaweb Pierre Fabre Dermo-cosmétique. Photothèque libre de droits. Votre site de formation médicale continue en dermatologie. [En ligne] [Citation : 3 juillet 2014.] <http://www.clubdermaweb.com/front/fr/phototheque-libre-de-droits#chapter/503>.
91. 93-Beylot, G. L'érythème fessier du nourrisson. Actualités Pharmaceutiques. 2009, 485, pp. 57-59.
92. 94-Club Pharmaweb Pierre Fabre Dermo-Cosmétique. Atlas. L'espace dermatologie du pharmacien. [En ligne] [Citation : 2 juillet 2014.] <http://www.clubpharmaweb.com/front/fr>.
93. 95-Evaluation du risque lié à l'utilisation du phénoxyéthanol dans les produits cosmétiques. ANSM. 2012.
94. 96-Nicolas J.F., Rozières A., Castelain M. Pathogénie de la dermatite atopique. Annales de dermatologie et de vénéréologie. 2005, Vol. 132, pp. 1S44-52.

## Les pathologies dermatologiques courantes en pédiatrie

---

95. 97-DRAGO F, BROCCOLO F, CICCARESE G, REBORA A , PARODI A. persistent pityriasis rosea with persistant active HNV-6 and HHV-7 infection. *Dermatology*. 2015; 230 (1).
96. 98-TOURAIN R, REVUZ J. *Dermatologie Clinique et Vénérologie*. Masson 4e édition 1997, P :104.
97. 99-Morel P. *la dermatologie du généraliste*. SPRINGER Edition 2001. P : 160.
98. 100-Sharma PK, Yadav TP, Gautam RK, Taneja N, Satyanarayana L. Erythromycin in pityriasis rosea: A double-blind, placebo-controlled clinical trial. *J Am Acad Dermatol*. 2000 Feb;42(2 Pt 1):241-4. [lire résumé MEDLINE].
99. 101-Cambazard F. L'acné néonatale, infantile et pré-pubertaire. 2003. *Ann Dermatol Venereol* 130:107-112.
100. 102-Robert-Cunrath Nathalie. Les croûtes de lait. *Le Moniteur des pharmacies*. 7 Février 2015, n°3066, p. 62.
101. 103-Quéreux, G. Dermatite séborrhéique. *EMC Dermatologie Cosmétologie*. 2005, Vol. 2, pp. 147-159.
102. 104-Turgeon Jean, Bernard-Bonnin Anne-Claude et al. *Dictionnaire de thérapeutique pédiatrique Weber*.
103. 105-Ameli-sante. Croûtes de lait (dermite ou dermatite séborrhéique du nourrisson). ameli-sante.fr. [En ligne] 27 Mai 2016. [Citation : . Juillet 2016.] <http://www.ameli-sante.fr/croutes-de-lait-dermite-ou-dermatite-seborrheique-du-nourrisson/les-bons-reflexes-en-cas-de-dermatite-seborrheique-du-nourrisson.html>.
104. 106-Diepgen TL et Eysenbach G. DermIS - Dermatology Information System. Digital images in dermatology and the Dermatology Online Atlas on the World Wide Web. [En ligne] *J Dermatol* 1998; 25:782-7.
105. 107-Lagier L, Mazereeuw-Hautier J. et al. Les dermites du siège du nourrisson. *Société Française de Dermatologie*. [En ligne] 25 Septembre 2014. [Citation : . Juillet 2016.] <http://www.sfdermato.org/media/pdf/fmc/dermite-du-siege08c21a088cfe69d7abdf827615f7a32.pdf>.
106. 108-MARUANI A. & LORETTE G. Dermites du siège chez le nourrisson. *Thérapeutique Dermatologique*. [En ligne] 30 Avril 2013. [Citation : Juillet 2016.] <http://www.therapeutiquedermatologique.org/spip.php?article1100>.

*Résumé :*

### **LES PATHOLOGIES DERMATOLOGIQUES COURANTES EN PÉDIATRIE**

#### **RÉSUMÉ**

La peau est sujette à de nombreux troubles chez le jeune enfant. Ces derniers représentent en effet un motif de consultation médicale fréquent. Les origines de ces problèmes cutanés sont très variables : infectieuse, immuno-allergique, inflammatoire, etc.

L'objectif de notre mémoire est de faciliter la reconnaissance et la prise en charge des pathologies dermatologiques courantes chez le nourrisson et l'enfant par les médecins généralistes, internes et résidents du service de pédiatrie et des urgences pédiatriques.

Notre travail propose des outils pour aider les jeunes praticiens en pédiatrie à reconnaître les différentes dermatoses, les orienter dans leur prise en charge, et de synthétiser les idées clés de chaque pathologie, afin d'apporter une réponse claire et adaptée face au questionnement des parents.

Toutefois en raison de la pluralité des formes cliniques rencontrées pour une même dermatose, l'expérience est indispensable pour l'identification de certaines formes parfois atypiques nécessitant un avis plus spécialisé.

**Mots clés :** Dermatoses, pédiatrie, fiche de synthèse, conseils.