



ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES



LES PATHOLOGIES DERMATOLOGIQUES COURANTES CHEZ L'ENFANT

MÉMOIRE DE FIN DE SPÉCIALITÉ EN PÉDIATRIE

Présentés par:
Dr. EL ALAOUI KALTOUM

RAPPORTEUR : Pr. SAMIR ATMANI

Juillet 2009

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	4
RESUME.	5
CHAPITRE I : PARTIE PRATIQUE	7
I. INTRODUCTION	8
II. PATIENTS ET METHODES.....	8
III. RESULTATS	9
IV. DISCUSSION	15
CHAPITRE II : PARTIE THEORIQUE.....	19
INTRODUCTION... ..	20
II. Particularités de la peau du nouveau-né, du nourrisson et de l'enfant.....	20
III. Examen dermatologique chez enfant	21
A.L'interrogatoire	22
B.L'examen des lésions CUTANÉES.....	22
1. Lésions élémentaires primitives et secondaires... ..	23
2. Localisations et groupement des lésions.....	25
3. Signes Associés.....	25
C.L'examen Clinique général	25
D.Les examens complémentaires	25
IV. Les dermatoses néonatales.....	26
A. Les dermatoses néonatales bénignes transitoires	26

B. Les dysplasies vasculaires	28
C. Les urgences dermatologiques néonatales	29
V. Dermatitis	30
A. La dermatite séborrhéique.....	30
B. La dermite du Siège.....	30
C. La dermatite atopique.....	31
VI, Urticaire.....	32
VII. Dermatoses inflammatoires.....	32
VII. Dermatoses infectieuses.....	33
A. Les infections Virales.....	33
B. Les infections bactériennes.....	36
C. Dermatose parasitaire.....	38
D. Dermatose fongique.....	39
IX.. Psoriasis.....	39
X. Anomalies de pigmentations.....	40
XI. Peau et maladie Systémique.....	40
XI. Conclusion.....	41
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	42
ICONOGRAPHIES.....	47
ANNEXES.....	71

RESUME

La dermatologie du nouveau-né et de l'enfant est très variée et très différente de celle de l'adulte. Les affections cutanées représentent environ 15% des motifs de consultation en pédiatrie [1]. Elles peuvent être congénitales ou acquises et elles varient selon l'âge. Certaines peuvent même être le reflet d'un trouble général ou d'une maladie génétique associée.

Toutefois, seulement un très petit nombre d'études épidémiologiques prospectives sont disponibles dans la littérature.

Ce travail est une étude prospective réalisée dans le but d'évaluer la fréquence et les caractéristiques des maladies dermatologiques ayant motivé une consultation au service de pédiatrie CHU de Fés.

Tous les patients hospitalisés et ambulatoires de moins de 15 ans ayant une éruption cutanée ont été inclus prospectivement dans cette étude.

Un total de 204 enfants a été recensé durant la période de cette étude, du 1^{er} janvier 2007 au 1^{er} janvier 2008. On a noté une discrète prédominance de sexe féminin avec une fréquence de 51,9% contre une fréquence de 48,1% pour le sexe masculin. Les nourrissons représentent 34,3% et les enfants d'âge scolaire 26,4% de la population étudiée. La totalité des patients sont de niveau socio-économique bas ou moyen.

Avec une fréquence de 31,8% les dermatoses infectieuses occupent le premier rang des dermatoses infantiles. Elles sont constituées par : les

infections virales (14,70%) où prédominent la varicelle (34,48%), la rougeole (17,24%) et les verrues (10,34%); les infections bactériennes (12,25%) dominées par des affections infectieuses non spécifiques; les infections mycosiques (4,4%) et les infections parasitaires (2,4%) représentées essentiellement par la gale (80%). Les dermatoses inflammatoires et immunologiques sont observées dans 28,9%, principalement représentées par l'urticaire (22,03%), la dermatite atopique (13,55%), la dermatite séborrhéique (11,86%) et le purpura rhumatoïde (11,86 %).

Les dermatoses congénitales représentent 11,7% du total, ce sont essentiellement des angiomes (54,16%) et des nævi ou taches pigmentaires (29,16%). Des dermatoses transitoires du nouveau-né sont observées avec une fréquence de 12,7%. Enfin, des lésions dermatologiques non classées dans les rubriques suscitées représentent 14,7% du total.

Dans la plupart des cas, le diagnostic de ces affections dermatologiques s'est basé sur la clinique. Moins d'un quart des patients ont été branchés à la consultation dermatologique pour un suivi.

La présente étude nous a permis de présenter les pathologies courantes en dermatologie pédiatrique. Nous avons constaté qu'elles constituent 5,2% de la charge de notre service, l'étiologie infectieuse est prédominante, ceci en rapport très probablement avec une hygiène défectueuse et la pauvreté. Néanmoins, les étiologies inflammatoires et immunologiques restent fréquentes dans notre contexte; la peau de l'enfant peut être le reflet d'une pathologie générale ou d'une maladie génétique associée. L'examen général d'un enfant est notre première préoccupation.

CHAPITRE 1

ETUDE PRATIQUE

I. INTRODUCTION

La dermatologie pédiatrique est un domaine très vaste, les lésions de la peau sont un motif fréquent de consultation chez l'enfant. Dans la majorité des cas, il s'agit de pathologies que le pédiatre connaît bien, mais avis et la collaboration avec les dermatologues est parfois nécessaire ainsi que le recours à des explorations para cliniques notamment des biopsies cutanées.

II. PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude prospective réalisée au service de pédiatrie CHU de Fès, pendant une durée d'une année (2007-2008). Il faut dire que le nombre de patients recensés dans cette étude ne représente en rien la place réelle de la pathologie dermatologique en pédiatrie durant cette période parce qu'un nombre largement plus important ont échappé à cette étude. Sont inclus dans cette étude tous les patients hospitalisés et ambulatoires de moins de 15 ans ayant une éruption cutanée. Nous avons établis une grille de recueil de données simple pour chaque malade, ou nous avons relevé les principales caractéristiques cliniques et épidémiologiques des dermatoses de l'enfant.

III. RESULTATS

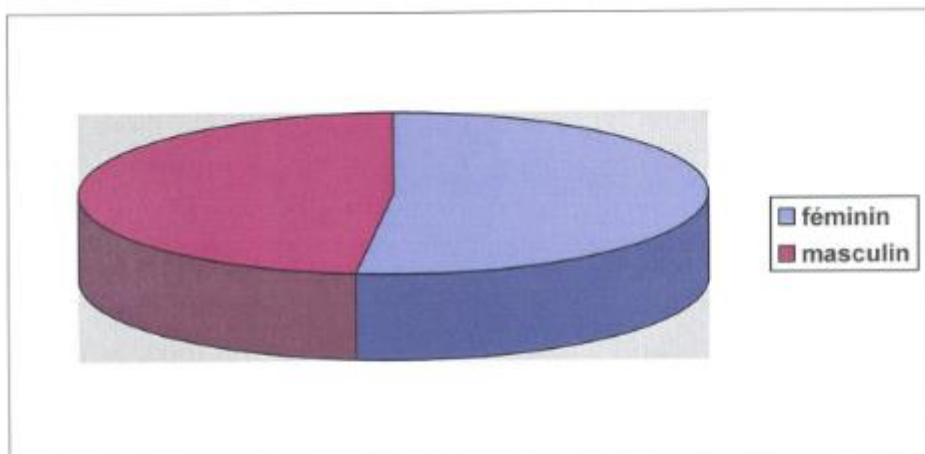
A.Epidémiologie

1.Fréquence

Un total de 204 dermatoses a été enregistré, ce que représente 5,2% de la charge de travail dans notre service.

2.Répartition selon le sexe

Nous avons noté une discrète prédominance du sexe féminin avec 106 cas (soit 51,9%) contre 98 cas de sexe masculin (soit 48,1%).



Graphique 1 : Répartition selon le sexe

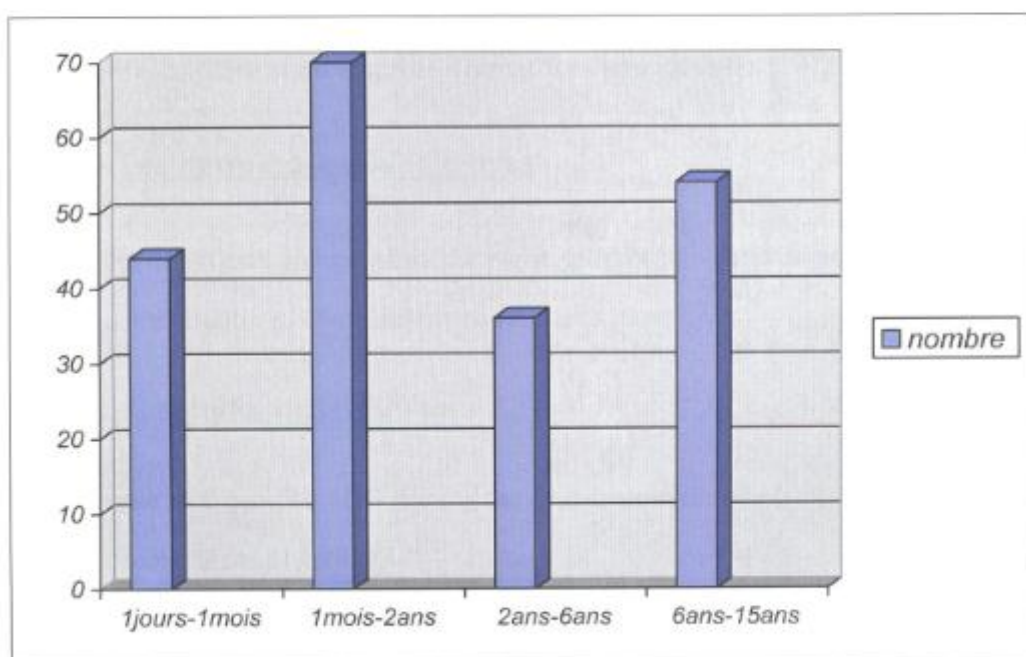
3.Répartition selon l'âge

L'âge des patients variait de 1 jour a 15 ans.

Les nourrissons constituent le groupe le plus important au sein de la population étudiée avec 34,3%.

Le tableau I précise la répartition des patients selon l'âge :

Age	Nombre	Pourcentage
1 jour - <1 mois	44	21,5%
<1 mois - <2 ans	70	34,3%
<2 ans - <6 ans	36	17,6%
<6 ans - <15 ans	54	26,4%



Graphique 2 : Répartition selon l'âge

4.Niveau socio-économique des patients

La totalité des patients sont de niveau socio-économique moyen ou bas.

B. Aspects cliniques

Nous avons noté dans notre étude que :

- 65 enfants présentant des dermatoses infectieuses (31,8%).
- 59 enfants présentant des dermatoses inflammatoires et immunologiques (28,9%).
- 24 enfants présentant des dermatoses congénitales (11,7%).
- 26 nouveau-nés présentant des dermatoses transitoires (12,7%).
- 30 enfants présentant d'autres dermatoses non classées (14,7%).

1.Les dermatoses infectieuses

Les infections cutanées occupaient le premier rang avec 31,8% des dermatoses infantiles. Elles étaient constituées par :

- Les infections virales : 29 cas.
- Varicelle : 10 cas (34,48%) dont 3 cas graves compliqués (surinfections)
- Rougeole : 5 cas (17,24%).
- Zona: 2 cas (6,89%).
- Herpès : 2 cas (6,89%).
- Verrue : 3 cas (10,34%).
- Molluscum Contagiosum : 1 cas (3,44%).

- Erythème polymorphe : 4 cas (13,79%).
- Syndrome main-pied-bouche : 1 cas (3,44%).
- Syndrome en Gants et en chaussettes : 1 cas (3,44%).
- Les infections bactériennes: 22 cas, ce sont essentiellement des affections infectieuses non spécifiques (staphylococcie et streptococcie), des lésions spécifiques d'une infection par *pseudomonas aeruginosa* : Ecthyma gangrenosum (3 cas).
- les infections mycosiques : 9 cas représentées par des dermtophyties ou herpes circiné (4 cas), des lésions de candidoses cutanées (4 cas), teigne (1 cas).
- Les infections parasitaires : 5 cas représentées par la gale (4 cas) et la leishmaniose cutanée (1 cas).

2. Les dermatoses inflammatoires et immunologiques

Dans ce groupe, on a rassemblé toutes les lésions dermatologiques dont l'étiologie est inflammatoire ou immuno-allergique, ainsi on a recensé 59 cas réparties dans le tableau n° II:

	Nombre de cas	Pourcentage
Urticaire + allergie	13	22,03%
Dermatite atopique	8	13,55%
Dermatite séborrhéique	7	11,86%
Purpura rhumatoïde	7	11,86%
Dermatite herpétiforme	2	3,38%
Pelade	2	3,38%
Syndrome de Kawasaki	4	6,77%
Histiocytose	1	1,69%
Dermatomyosite	2	3,38%
Erythème noueux	2	3,38%
Purpura vasculaire	5	8,47%
Vitiligo	2	3,38%
Sclérodermie	1	1,69%
Périartérite noueuse	2	3,38%
Arthrite juvénile idiopathique	1	1,69%

Tableau II: Les dermatoses inflammatoires et immunologiques

3.Les dermatoses congénitales

Les dermatoses congénitales (24 cas) représentent 11,7% des dermatoses infantiles. Les angiomes (54,16%) et les nævi (29,16%) sont les dermatoses congénitales les plus fréquentes.

	Nombre de cas	Pourcentage
Angiomes	13 cas	54,16%
Noevi ou taches pigmentaires	7 cas	29,16%
Epidermolyse Bulleuse Congénitale	2 cas	8,33%
Ichtyose congénitale	2 cas	8,33%

Tableau III : Les dermatoses congénitales

4.Les dermatoses néonatales transitoires

Des lésions dermatologiques néonatales sans __ significations pathologiques sont observées chez 26 cas (12,74%).

5.Les autres dermatoses

Diverses autres dermatoses ont été observées chez 30 enfants. Il s'agit de:

- Dermite de siège : 7 cas.
- Psoriasis : 6 cas.
- Poikilothermie : 3 cas.
- Coup de soleil : 1 cas.
- Achantosis nigricans : 1 cas.
- Prurigo paranéoplasique : 1 cas.

- Purpura thrombopénique : (idiopathique : 2 cas, centrale : 3 cas).
- Escarres : 3 cas.
- Brûlures : 2 cas.
- Scarification : 1 cas.

IV. DISCUSSION

Le total des enfants vus en consultations, ayant présenté une dermatose cutanée, pendant la durée de notre étude est de 204 cas. Ce nombre représente 5,2% de la charge du travail dans notre service de pédiatrie.

A partir des données recueillies de notre étude, il a été noté une légère prédominance du sexe féminin ce qui a été observé dans plusieurs études, sauf dans une étude à Pernambuco-Brésil [2] où le sexe féminin prédomine et une étude à Hong-kong [3] où il y a égalité de dermatose chez les deux sexes.

Sexe	Turkey [4]	sud-ouest Nigeria [5]	Aarau- Suisse[6]	Hong- Kong [3]	Pernambuc o-Brésil [2]	Kuwait[7]	Notre étude
Féminin	53%	50,4%	53,8%	50%	62%	52%	50,5%
Masculin	47%	49,6%	46,2%	50%	38%	48%	49,5%

Tableau IV comparatif de répartition des patients selon le sexe

Les nourrissons constituent le groupe le plus important au sein de la population étudiée avec 34,3%, suivis par la tranche d'enfant d'âge scolaire 26,4%, les nouveau-nés avec 21,5%, et les enfants d'âge préscolaire avec 17,6%. Des études se sont intéressées à l'étude des dermatoses chez l'enfant

d'âge scolaire telles que celle reporté par Chen GY et all a Taiwan [8] , et par Ogunbiyi AO et all au sud-ouest Nigeria [5].

Nous avons constaté que les causes des dermatoses varient avec l'âge de l'enfant. Ainsi les dermatites atopiques, les dermatites séborrhéiques et les dermites de siège sont plus fréquentes chez les nourrissons, alors que les dermatoses infectieuses sont plus fréquentes chez l'enfant plus grand.

En ce qui concerne les maladies diagnostiquées, les dermatoses infectieuses constituaient la première cause avec 31,8%, suivi par les dermatoses inflammatoires et immuno-allergiques : 28,9%, représentées essentiellement par la dermatite atopique ou eczéma et la dermatite séborrhéique. La prédominance des dermatoses infectieuses est aussi rapportée dans plusieurs études (voir tableau V).

	Pernambuco -Brésil [2]	Boulogne- Paris [9]	Ouagadougou- Burkina fasao [10]	Pays-bas [11]	Notre étude
Dermatoses infectieuses	33.19%	46,52%	39,4%	45%	31,8%
Dermatoses allergiques	17,64%	26,2%	29,8%	15%	28,92%

Tableau V comparatif de la fréquence des dermatoses infectieuses et allergiques

Les infections virales sont les plus répandues chez les deux sexes, avec une fréquence de 44,61% de l'ensemble des dermatoses infectieuses. Les infections bactériennes représentent 33,84%, ce sont essentiellement des affections infectieuses non spécifiques (impétigo, furoncle, scarlatine (1 cas), des lésions spécifiques d'une infection par pseudomonas aeruginosa

Ecthyma gangrenosum (3 cas). Pfitzner affirme que parmi les infections bactériennes, l'impétigo est l'un des plus fréquents [12], ce qui est retrouvé également dans notre série. La forte prévalence des dermatoses infectieuses peut être expliquée par le niveau socio-économique qui est bas ainsi que la promiscuité et le niveau d'hygiène précaire dans cette population. Ceci est aussi constaté dans certaines études [4, 5, 8].

Les infections mycosiques : 9 cas (13,84%).

Les infections parasitaires : 5 cas (7,69%).

Diverses autres dermatoses ont été observées dans notre service. Ces mêmes affections ont également été retrouvées à des fréquences variables dans les autres études.

Les dermatoses congénitales (24 cas) représentent 11,7% des dermatoses infantiles. Les angiomes et les nævi sont les dermatoses congénitales les plus fréquentes.

Dans notre étude, on a recensé 26 cas de dermatose transitoire néonatale soit 12,74% du total. Dans la littérature, la fréquence des dermatoses transitoire néonatale est évaluée à 20%.

V. CONCLUSION

Cette étude comparative a montré la prédominance de l'étiologie infectieuse, inflammatoire et immunologique des dermatoses courantes chez l'enfant dans notre service. La promotion de la formation initiale et continue en dermatologie pédiatrique permettra certes de réduire leur prévalence et améliorer leur prise en charge. Aussi elle fournit des informations épidémiologiques qui pourraient encourager d'autres études en dermatologie pédiatrique.

CHAPITRE II

ETUDE THEORIQUE

1. INTRODUCTION

Les affections dermatologiques sont nombreuses et très répandues. Elles peuvent être le témoin et parfois le mode de révélation d'affections général. La découverte de signes cutanés, facilement accessibles à l'examen sémiologique et 4 la biopsie, peut épargner au malade d'autres explorations coûteuses ou inconfortables.

II. PARTICULARITES DE LA PEAU DU NOUVEAU-NE, DU NOURRISSON ET DE L'ENFANT

La peau du nouveau-né à terme est physiologiquement immature, mais sa fonction de barrière épidermique est considérée comme satisfaisante, avec un stratum corneum voisin du type adulte.

Elle réalise une barrière mécanique, chimique et bactériologique contre les germes environnants. Le nouveau-né n'a pas de flore cutanée propre à la naissance, et tant que sa flore n'est pas établie, il est plus vulnérable aux infections. La multiplication bactérienne est favorisée par l'humidité, la température et le pH alcalin.

Enfin la vascularisation, au moins dans son fonctionnement, n'apparaît pas complètement mature, ni chez le prématuré, ni chez l'enfant à terme. Ce qui explique les marbrures et rougeurs physiologiques des trois premières semaines de la vie [13, 14].

	Prématuré	A terme
Epiderme	20 microns	50 microns = adulte
Jonction derme-épiderme	Fragilité cutanée	= à l'adulte
Derme	Immaturité structurelle	Hyper-élasticité physiologique
Hypoderme	Rôle de protection et thermorégulation	Hypoderme peu développé
Vascularisation	Immaturité	Immaturité transitoire (4 semaines)

Tableau 1 : Structure de la peau chez le prématuré et l'enfant a terme

III. EXAMEN DERMATOLOGIQUE CHEZ L'ENFANT

Le diagnostic en dermatologie repose, tout comme dans les autres spécialités médicales, sur l'interrogatoire, l'examen physique et des investigations complémentaires. Toutefois, l'accessibilité immédiate de la peau à l'inspection et à la palpation permet, plus qu'ailleurs, de se fonder sur les seules données de l'examen physique pour élaborer un diagnostic. Et observation de la peau, des muqueuses et des phanères fait partie de tout examen clinique.

La démarche médicale classique et le recueil des symptômes comporte les étapes successives suivantes :

- L'interrogatoire du patient (ou de l'entourage de l'enfant).
- L'examen des lésions cutanées.
- L'enquête anamnestique plus orientée.
- L'examen complet du patient.

A. L'interrogatoire

L'interrogatoire d'un malade dermatologique doit s'attacher à préciser les modalités évolutives des lésions (mode de début, aspect initial, mode d'extension, évolution, traitements, ...) et les facteurs de l'environnement (atteinte familiale, antécédents, prises médicamenteuses, en particulier antécédents topiques...).

B. L'examen des lésions cutanées

L'examen clinique, par l'accessibilité immédiate de l'organe peau, permet parfois de poser le diagnostic d'emblée.

La sémiologie décrit des lésions élémentaires qui sont multiples et leur connaissance est indispensable pour le diagnostic des dermatoses. Les lésions élémentaires peuvent être primitives, traduisant le processus lésionnel initial, ou secondaires représentant l'évolution de ce processus initial.

Ainsi l'inspection apprécie la taille, la couleur, les bords, l'arrangement et la distribution des lésions. La palpation apprécie les caractéristiques de la surface, le relief, et l'infiltration ou la consistance.

Il est possible de compléter l'examen par la vitro pression. Cet examen se pratique avec un verre de montre. Son appui sur la peau collabes les capillaires et permet de différencier une macule érythémateuse d'une macule purpurique. Le curetage a un intérêt limité pour distinguer les types de squames, et il permet de détacher les croûtes. Il utilise un grattoir ou une curette et doit être fait avec douceur. La lumière de Wood est une lumière

ultraviolette (UV longs). Elle exagère la pigmentation cutanée, et accentue ainsi le contraste entre zones pigmentées et non pigmentées.

1. Lésions élémentaires primitives et secondaires [15, 16, 44]

La lésion élémentaire primitive correspond au processus lésionnel initial. Elle traduit un processus lésionnel précis, en rapport avec un ou plusieurs mécanismes. Une dermatose peut être constituée d'un seul type de lésion élémentaire ou de l'association de plusieurs. La lésion élémentaire secondaire représente un stade évolutif d'une lésion primitive.

Les lésions élémentaires primitives sont des lésions récentes, pures, peu ou pas modifiées par le grattage, la macération ou le suintement. Les lésions élémentaires secondaires, souvent plus nombreuses, ont une plus faible valeur sémiologique. Ces lésions correspondent à l'évolution naturelle ou compliquée d'une lésion élémentaire et elles ont perdu toute spécificité. Ainsi la dessiccation du contenu d'une bulle, d'une vésicule, ou d'une pustule, aboutit à la formation d'une même lésion secondaire : la croûte.

Les tableaux II et III ci-dessous représentent les différentes lésions élémentaires :

Macule	Tache sans relief, ni infiltration.
Papule	Lésion en relief pleine solide, circonscrite. Plus grande: une plaque.
Vésicule	Lésion épidermique de quelques millimètres, ronde, contenant un liquide clair.
Bulle	Lésion en relief de grande taille contenant un liquide clair.
Pustule	Collection en relief contenant une sérosité louche ou du pus franc.
Nodule ou Tubercule	Infiltrat cellulaire dermique ou hypodermique qui repousse l'épiderme.
Érythème	Rougeur de la surface de la peau, disparaît à la vitro pression.
Purpura	Tache rouge sombre qui ne s'efface pas à la vitro pression.

Tableau II : Lésions élémentaires primitives

Squame	Lamelle de couche cornée qui se détache de l'épiderme.
Croûte	Lésions visibles, secondaires à la coagulation d'un exsudat séreux, hémorragique ou purulent.
Ulcération	Perte de substance qui laisse une cicatrice.
Kératose	Développement important de la couche cornée de l'épiderme
Fissure	Erosion ou ulcération linéaire, siégeant préférentiellement dans un pli, ou aux paumes et aux plantes.
Gangrène	Nécrose cutanée qui intéresse le derme et l'hypoderme et laisse une cicatrice majeure.
Escarre	Nécrose secondairement ulcérée au point de pression.
Sclérose	Induration cutanée mal limitée rendant la peau difficile à pincer, peut être localisée ou généralisée.
Atrophie	Diminution de l'épaisseur de l'épiderme.

Tableau III : Lésions élémentaires secondaires

2. Localisations et groupement des lésions

Les lésions cutanées peuvent être diffuses, ou localisées. La topographie peut avoir une importance diagnostique.

3. Signes associés

Les signes associés doivent être précisés :

- La douleur, le prurit.
- La fièvre.
- L'altération de l'état général.
- L'existence de troubles fonctionnels digestifs, respiratoires, articulaires (éléments diagnostiques d'orientation).
- ✓ La recherche d'une hépato-splénomégalie et des adénopathies périphériques est systématique.

C. L'examen clinique général

Chez un enfant porteur d'une dermatose, l'examen cutané est indispensable mais jamais suffisant. L'examen général reste systématique.

Dans un grand nombre de cas, l'analyse des lésions cutanées permet d'aboutir d'emblée à un diagnostic.

D. Les examens complémentaires

La peau organe extériorisée est particulièrement apte aux explorations.

Des examens peuvent être réalisés à partir du revêtement cutané :

- **La photographie** -: la photographie des lésions est utile dans de nombreuses situations. Elle complète la fiche d'observation, sert de moyen de surveillance (naevus, angiome), peut être télétransmise. Elle peut être utilisée dans un but de diagnostic, de suivi thérapeutique ou pour la formation médicale. Dans tous les cas, la photographie doit être prise avec l'accord du malade.

- **Les prélèvements superficiels** a \a recherche d'un agent responsable bactérien, parasitaire ou viral.

- **La biopsie cutanée** permet l'étude morphologique et/ou immunologique du tissu.

IV. LES DERMATOSES NEONATALES

Les dermatoses transitoires du nouveau-né sont fréquentes et bénignes mais toute éruption pustuleuse ou bulleuse néonatale doit systématiquement faire évoquer les étiologies infectieuses (bactériennes, virales et mycosiques) en raison de leur potentielle gravité a court terme [17].

A. Les dermatoses néonatales bénignes transitoires [18, 19, 20]

N'ont pas de signification pathologique, leur diagnostic permet de rassurer les parents.

1.Desquamation physiologique

Une fine desquamation est habituelle a partir du second jour de vie chez les nouveau-nés a terme. Elle est plus fréquente, plus précoce et plus intense chez les post-matures.

2.Grains de milium

Petits kystes épidermiques blanchâtres dus à une rétention de kératine au niveau de l'orifice des follicules pilosébacés. Ils se situent souvent au niveau du visage, disparaissent spontanément en quelques semaines sans séquelle.

3.Acné néonatale

L'acné néonatale est liée à un excès de stimulation androgénique ou à une réponse cutanée excessive. Elle est caractérisée par l'existence de lésions pustuleuses et de comédons fermés (microkystes) siégeant sur le visage (front, joues et menton).

4.Erythème toxique

Le plus fréquent des éruptions néonatales, survient chez presque 50% des nouveau-nés à terme. Son étiologie est inconnue. Il consiste en des macules érythémateuses d'assez grande taille dont le centre est plus surélevé que la périphérie.

Il peut même y avoir une vésicule ou une pustule centrale. L'érythème toxique débute après le deuxième jour de vie, siège préférentiellement sur le tronc et la racine des membres et épargne les paumes et les plantes.

5.Pustuloses transitoires

Lésions vésiculo-pustuleuses de 1-2 mm avec ou sans collerette squameuse périphérique contenant un liquide stérile, localisées surtout au niveau du tronc et de la racine des membres.

6. Anomalies de pigmentations (hyperpigmentation scrotale, tache

mongolique)

Taches bleutées de différentes tailles. Elles peuvent se trouver partout sur le corps, mais sont généralement plus fréquentes dans la région lombosacrée, dans le dos, sur les épaules et sur les jambes.

B. Les dysplasies vasculaires [17, 18, 43]

Schématiquement, deux types de dysplasie vasculaire sont observés chez le nourrisson :

L'hémangiome capillaire : tumeur bénigne, la plus fréquente du jeune enfant (10% des enfants en sont porteurs), se développe dans les premiers mois de la vie, se stabilise au bout de 6 à 12 mois, puis régresse lentement en 1 à 10 ans selon les cas. La face est volontiers touchée. Il peut être en relief (hémangiome tubéreux) de coloration rouge vif (c'est la « fraise »), ou sous cutané, se manifestant alors par un relief cutané de consistance molle parfois discrètement bleuté, ou mixte comportant les deux aspects; la nappe tubéreuse est soulevée par la composante sous-cutanée.

Les angiomes matures qui correspondent à des malformations vasculaires, sont des taches rouges, bien limitées, congénitales. N'importe quelle zone cutanée peut être atteinte. Ils sont présents dès la naissance, liées à une anomalie de structure de la morphogenèse vasculaire. Simples, ces malformations sont superficielles et/ou profondes, affectent selon les cas, préférentiellement le réseau capillaire, veineux, artériel ou lymphatique. Des formes histologiquement mixtes, combinées, existent réalisant divers syndromes : syndrome de Sturge-Weber-Krabbe (associé : angiome plan

facial, angiome leptoméningé et anomalies oculaires), syndrome de Cobb (angiomatose cutané-vertébro-méningo-médullaire), syndrome de Klippel-Trenaunay (Angiodysplasie ostéodystrophique).

C. Les urgences dermatologiques néonatales

L.les infections

Les infections materno-fœtales : TORCH, Syphilis congénitale, varicelle congénitale. Les signes cutanés en sont divers : éruptions rubéoliformes, scarlatiniformes, maculo-papules plus ou moins infiltrées, bleutées correspondant à une érythropoïèse dermique, purpura...

2.L'épidermolyse bulleuse congénitale

C'est une maladie génétique, caractérisée par une fragilité de la peau et des muqueuses. Cette fragilité se traduit par l'apparition de bulles ou d'érosions cutanées lors des traumatismes minimes de la peau, ou survenant même de manière spontanée. Ces atteintes sont comme des brûlures, de profondeur variable, douloureuses et pouvant laisser des séquelles (211).

3.Cystostéatonecrose

Il s'agit de placards ou de nodules sous-cutanés bien circonscrits, de couleur rouge ou violacée, ferme ou fluctuante, sensible à la palpation, de taille et de forme variable intéressant préférentiellement le dos mais parfois la tête ou les membres. Elle survient chez un enfant né à terme ou post-mature, le plus souvent macrosome, ayant présenté une souffrance périnatale (anoxie, hypothermie...). L'hypercalcémie en est une complication classique [22].

4.Troubles de la kératinisation : Ichtyoses (bébé collodion, bébé arlequin)

Le syndrome de bébé collodion désigne un état cutané pathologique néonatal caractérisé par une peau érythémateuse, luisante, tendue et vernissée.

Le bébé arlequin se présente sous la forme d'une hyperkératose diffuse, majeure, avec des fissures profondes [23].

V. DERMATITES

A. La dermatite séborrhéique

Elle débute après la deuxième semaine de vie. Elle se manifeste par des plaques érythémateuses recouvertes de squames épaisses, grasses et jaunâtres, au niveau du vertex et en regard de la fontanelle antérieure « croûtes de lait ». Les lésions peuvent également s'étendre à l'ensemble du cuir chevelu et à la face. Il peut s'y associer un érythème rouge vif du siège (atteinte bipolaire), une atteinte des plis axillaires et parfois quelques éléments figurés à distance. C'est une dermatose chronique évoluant par poussées [24, 25].

B. La dermite du siège

La plus fréquente des dermatites de nourrisson. Il s'agit d'une éruption érythémateuse et douloureuse de la région fessière, plus connue sous le nom d'érythème fessier, liée la plupart du temps à un défaut d'hygiène : absence de nettoyage du siège lors des changes, macération dans les selles et les

urines par défaut de change, allergie a un produit de toilette, aux couches, a un produit lessiviel. Elle survient aussi fréquemment en cas de diarrhée et de poussée dentaire. Une infection candidosique est souvent associée [26].

C. La dermatite atopique

La dermatite atopique touche entre 10% et 20% des enfants, c'est une manifestation cutanée inflammatoire chronique, évoluant par poussée. Elle s'inscrit souvent sur un terrain génétique d'atopie (asthme, rhinite allergique, eczéma). Elle débute le plus souvent les premiers mois de vie, le plus souvent vers 3 mois, caractérisée par des papules et des plaques érythémato-squameuses, prurigineuses qui peuvent suinter et se croûter, localisée au niveau des joues, du front, du cuir chevelu, du tronc et des surfaces des extenseurs, épargne habituellement la région de la couche. Des critères diagnostiques sont établis en 1994 par Williams et al, pour retenir le diagnostic d'une dermatite atopique [27, 28, 29].

Critères de diagnostic de la dermatite atopique de Williams et al. :

Critère obligatoire : dermatose prurigineuse associée à 3 ou plus des critères suivants :
1. Antécédents personnels d'eczéma des plis de flexion (fosses anté-cubitales, creux poplités, face antérieure des chevilles, cou et/ou des joues chez les enfants de moins de 10 ans.
2. Antécédents personnels d'asthme ou de rhume des foins (ou antécédents d'asthme, de dermatite atopique, ou de rhinite allergique chez un parent au premier degré chez l'enfant de moins de 4 ans).
3. Antécédents de peau sèche généralisée (xérose) au cours de la dernière année.
4. Eczéma des grands plis visible ou eczéma des joues, du front et des convexités des membres chez l'enfant au dessous de 4 ans.
5. Début des signes cutanés avant l'âge de 2 ans (critère utilisable chez les plus de 4 ans seulement).

VI. URTICAIRE [17, 33]

Caractérisée par la survenue d'une éruption papulo-oedémato-prurigineuse fugace et migratrice localisée ou généralisée. Elle s'accompagne fréquemment d'oedèmes localisés à la face et aux extrémités. Les lésions prennent un caractère annulaire, en pseudo-coccardes. Elle est due à une vasodilatation aiguë, secondaire à la libération d'histamine par les mastocytes du derme.

Les causes peuvent être médicamenteuses, alimentaires ou infectieuses.

VII. DERMATOSES INFLAMMATOIRES [34, 35, 44]

A. L'érythème noueux

Hypodermite nodulaire caractérisée par des noueuses douloureuses principalement localisées sur les jambes.

Ses principales causes sont la primo-infection tuberculeuse, l'infection à streptocoques bêta-hémolytiques, la sarcoidose et les entéropathies infectieuses (yersinioses) ou inflammatoires.

B. Le syndrome Kawasaki

C'est une vascularite fébrile multi systémique dont l'étiologie est inconnue, 85% des patients touchés ont moins de 5 ans.

Des critères diagnostiques :

- ✓ Fièvre de 5 jours ou plus sans autres explications.

- ✓ Hyperhémie conjonctivale.
- ✓ Enantheème : pharynx hyperhémie, lèvres sèches rouges et fissurées avec langue framboisée.
- ✓ Exanthème polymorphe qui peut prendre divers aspects: scarlatiforme, multiforme, maculeux, papuleux, mais non vésiculaire.
- ✓ Lésions des extrémités : érythème de la paume des mains et de la plante des pieds de façon diffuse, oedème induré des mains et des pieds, douloureux (dans la phase aiguë), desquamation péri-unguale (dans la phase de convalescence).
- ✓ Adénopathies cervicales.
- ✓ Autres anomalies associées : dilatation des coronaires, myocardite et péricardite, hydrocholecystite, thrombocytose, uvéite.

C. Purpura Henoch Schoénlein ou purpura rhumatoïde

C'est une vascularite diffuse touchant la peau, le système digestif, les reins et les articulations. Les lésions cutanées sont sous forme de papules et des plaques purpuriques fluctuantes siégeant sur les zones déclives (fesses, membres inférieurs).

VIII. DERMATOSES INFECTUEUSES

A. Les infections virales [36, 37]

1. Rougeole

2. Rubéole

3. Mégalérythème épidémique (ou cinquième maladie)

4. Exanthème subit et virus HHV-6 (humain herpes virus 6)

5. Varicelle

La varicelle traduit la primo-infection par le Virus Varicelle Zona ou VZV, c'est une maladie très contagieuse. L'éruption cutanée se manifeste entre 12 et 48 heures après un malaise et une fièvre, faite d'une éruption maculeuse diffuse, secondairement vésiculeuse. A j1, le liquide se trouble puis la vésicule s'ombilique, a j3 : assèchement de la lésion; élément en nombre variable, d'âge différent. L'éruption débute au tronc et au cuir chevelu puis s'étend aux membres et au visage. Les paumes et les plantes sont relativement respectées.

6. Herpès

Bouquets de vésicules, unilatéral, a la jonction cutanéomuqueuse des lèvres. Provoqué par l'herpès virus simplex de type 1.

7. Verrues

C'est une petite excroissance de la peau, due au Papillomavirus (HPV).

8. Autres viroses

Coxsackies : maladie « mains-pieds-bouche ».

Poxvirus : molluscum contagiosum; caractérisé par des papules transparentes, rondes et fermes a la palpation, peuvent siéger partout sur le corps, mais de préférence sur le visage, les paupières, le cou, les aisselles et les cuisses.

CMV

EBV

9. Eruptions paravirales

Syndrome de _ Gianotti-Crosti: éruption papuleuse ou _ papulo-vésiculeuse touchant les membres et le visage (respecte le tronc classiquement), durant de 2 à 6 semaines environ. Nombreux virus sont incriminés : VHB++ (virus hépatite B), EBV (Epstein-Barr virus), CMV (cytomégalovirus), HHV6, Parvo B19....mais aussi des__ bactéries (streptocoque..) ou vaccins.

	Rougeole	Rubéole	Mégalérythème épidémique	Exanthème subit
Lésion élémentaire	Maculo-papuleuse confluente en placard morbilliforme	Rose pâle morbilliforme peut être absente	Aspect de visage souffleté	Maculopapules rose pâle
Topographie	Visage derrière les oreilles puis tronc et membres	Visage puis tronc et membres, atteinte des fesses ++	Visage puis membres : érythème maculeux en « maille de filet »	Cou puis tronc, membres visage respecté
Enanthème	Signe de Köplik : tâches blanches sur les faces internes des joues, entourées d'un halo inflammatoire	Macules ou pétéchies peu fréquentes	Macules rares Lésions aphtoides non exceptionnelles	Petites papules érythémateuses du palais mou (spots de Nagayama) possibles
Autres signes	Toux	Adénopathies cervicales postérieures, lymphocytose ou plasmocytose sanguine	0	Adénopathies cervicales Bombement de fontanelle possible
Evolution	Guérison 8 à 10 jours Desquamation fine	Guérison 6 à 10 jours	Guérison 6 à 10 jours	Guérison 1 à 2 jours
Age	8 mois-5 ans	2-10 ans et adultes	2-10 ans et adultes	6-24 mois
Incubation	10-15 jours	14-21 jours	5-14 jours	10-15 jours
Prodromes	Fièvre 39°-40 °C, Catarrhe des voies aériennes, conjonctivite, photophobie. Enfant grognon	Fièvre modérée	0	Fièvre à 40 °C, tombant à 37° le jour de l'éruption
Virus	Virus de la rougeole : (paramyxovirus)	Virus de la rubéole (togavirus)	ParvovirusB19	Virus HHV-6 Parfois HHV7

Tableau IV. Maladies éruptives virales classiques

B. Les infections bactériennes [38, 39]

1. Impétigo

Infection dermo-épidermique bénigne et contagieuse. Les germes responsables sont le streptocoque bêta-hémolytique du groupe A et le staphylocoque doré, souvent associés. La transmission s'effectue par contact direct. Elle est favorisée par le manque d'hygiène.

- Signes cliniques :

Forme classique : vésiculo-bulles flasques sur peau érythémateuse puis croûtes jaunâtres avec présence d'éléments d'âge différent, ne laissant pas de cicatrice. Localisations préférentielles : pourtours de la bouche et du nez, membres, cuir chevelu. Absence de fièvre.

Impétigo bulleux : grandes bulles flasques et vastes érosions de la région ano-génitale chez le nouveau-né et le nourrisson.

Ecthyma : impétigo creusant, nécrotique, laissant une cicatrice, localisé aux membres inférieurs, favorisé par l'immunodépression, le diabète.

- Complications rares : abcès, pyodermite, lymphangite, ostéomyélite, septicémie. Glomérulonéphrite aigue à rechercher systématiquement.

2. Furoncle et Anthrax

Infection nécrosante d'un follicule pilo-sébacé, due au staphylocoque doré le plus souvent. Elle est favorisée par la macération, les traumatismes cutanés, le manque d'hygiène, le diabète, la malnutrition, ou une immunodépression.

- Signes cliniques :

Furoncle: nodule érythémateux, chaud, douloureux, surmonté d'une pustule centrée par un poil, puis fluctuation, rupture et évacuation du produit de nécrose. Localisations préférentielles : cuisses, aines, fesses, aisselles, cou, dos. Absence de fièvre.

Anthrax : placard inflammatoire formé de plusieurs furoncles avec parfois fièvre et adénopathies satellites.

3. Erysipéle

Dermo-hypodermite aigue, non nécrosante, due au streptocoque bêta-hémolytique du groupe A.

- Signes cliniques :

Forme habituelle au niveau du membre inférieur : grosse jambe rouge aigue fébrile: placard érythémateux, oédemateux, douloureux d'un membre inférieur avec fièvre élevée, adénopathies satellites et trainée de lymphangites fréquentes. Une porte d'entrée cutanée doit être rechercher: ulcère, plaie, intertrigo...

- Complications locales : abcès superficiels le plus souvent, profonds parfois (surinfection a staphylocoque), évolution rare vers une fasciite

nécrosante. Complications générales rares : septicémie, glomérulonéphrite

aigue, érytheme noueux.

4. Scarlatine

Infection bactérienne causée par le streptocoque B hémolytique.

- Signes cliniques :

Exanthème généralisé avec énanthème (langue framboisée), fièvre élevée pouvant atteindre 40°, frissons, angine, douleurs pharyngée et abdominale, vomissements.

- Complications rares : otite, rhinite, sinusite, adénite cervicale, néphrite, rhumatisme articulaire aigu.

C. Dermatose parasitaire

1. Gale [39 - 42]

Causée par un acarien; *Sarcoptes scabiei*. Les éruptions cutanées peuvent prendre différentes formes : saillies, papules, vésicules, sillons et dermite eczématiforme superposée. Ils sont très prurigineuses, surtout la nuit, ce qui entraîne une excoriation marquée. Chez les nourrissons, le visage, le cuir chevelu, les paumes et la plante des pieds sont généralement les régions les plus touchées. Chez les adolescents, les lésions siègent de préférence dans les espaces interdigitaux, sur les poignets, les coudes, les chevilles, les fesses, l'ombilic, l'aîne, les organes génitaux et les aisselles.

2. Leishmaniose cutanée [40]

Anthropozoonose due à un parasite du genre *Leishmania*, est transmise par piqûre d'un insecte (phlébotome). Elle se manifeste par une lésion papuleuse infiltrée recouverte de quelques squames-croûtes cachant

une ulcération, siégeant sur une zone découverte. Cette lésion est généralement unique.

D. Dermatose fongique

Teigne (tinea capitis)

Infection superficielle du cuir chevelu par un champignon du type Microsporum ou Trichophyton.

Signes cliniques : alopecie ou dépilation par plaques, squames gris, les cheveux cassés, les lésions sont généralement bien délimitées.

IX. PSORIASIS [41, 42]

Il touche 1-3% de la population, défini par des plaques érythémato-squameuses bien délimitées. Il correspond à une hyperprolifération épidermique, toujours limitée et bénigne, à support génétique, et de mécanisme très complexe. Les lésions sont souvent symétriques, siégeant préférentiellement au niveau des surfaces des extenseurs des extrémités, des genoux, des coudes, du cuir chevelu et de la région ano-génitale, des ongles.

X. ANOMALIES DE PIGMENTATIONS

Vitiligo

Tache blanche et dépigmentée, sa surface est normale, sans atrophie ni hyperkératose. Les limites avec la peau avoisinante sont nettes, parfois soulignées par une bordure hyperpigmentée, augmentant en surface et en nombre avec le temps. Il résulte d'une disparition progressive des mélanocytes de l'épiderme. Sa pathogénie est inconnue.

Le vitiligo est ubiquitaire, mais certains sièges sont atteints avec prédilection tels que les organes génitaux externes, les plis axillaires, les régions péri-orificielles et les zones de protubérances osseuses. Son évolution est tout à fait imprévisible. Aucun examen complémentaire n'est utile au diagnostic qui se fait au seul examen clinique.

XI. PEAU ET MALADIE SYSTEMIQUE [41,42]

Les maladies systémiques se présentent fréquemment avec des manifestations cutanées, qui peuvent être le motif de la consultation ou accompagner d'autres symptômes. La présentation clinique cutanée des maladies systémiques est très variée. Nous citerons quelques maladies qui s'accompagnent volontiers d'atteinte cutanée.

A. Dermatomyosite

Les signes cutanés typiques sont: l'éruption héliotrope du visage, l'érythème en bande du dos des mains « papules de Gottron » des genoux ou des coudes, l'érythème péri-unguéal, télangiectasies et hypertrophie de la

cuticule. On peut observer des plaques érythémateuses du tronc ou des membres à évolution poikilodermique ou nécrotique.

B. Sclérodermie

Elle est caractérisée par un durcissement et un épaissement de la peau.

C. Lupus érythémateux

L'aspect érythémateux plus ou moins oedémateux ou squameux, plus rarement papuleux, situé principalement sur les joues et le nez (en aile de papillon) est l'un des signes cardinaux de la maladie.

D. Arthrite juvénile idiopathique

Dans sa forme systémique, l'état fébrile prolongé est souvent accompagné de rash cutané morbilliforme fugace.

XII. CONCLUSION

Ce rapide survol de la pathologie courante dermatologique nous a permis de conclure que la maladie de la peau représente une partie assez importante de morbidité chez l'enfant. Une connaissance approfondie de la peau normale et pathologique est nécessaire, incluant une formation très souhaitable en dermatopathologie.

BIBLIOGRAPHIES

1. Julie Powell. La dermatologie pédiatrique. Le Médecin du Québec, vol 39, n° 12, décembre 2004.
2. EJosemir Belo dos Santos, Pediatric Dermatoses at the Clinicas Hospital, Federal University of Pernambuco. An bras Dermatol, Rio de Janeiro, 79(3):289-294, mai/juin. 2004
3. Hon KL, Leung TF, Wong Y, Ma KC, Fok TF. Skin diseases in Chinese children at a pediatric dermatology center. Pediatr Dermatol. 2004 Mar, Apr; 21(2): 109-12
4. Tamer E, Ilhan MN, Polat M, Lenk N, Alli N. Prevalence of skin diseases among pediatric patients in Turkey J Dermatol. 2008 Jul;35(7):413-8
5. Ogunbiyi AO, Owoaje E, Ndahi A. Prevalence of skin disorders in school children in Ibadan, Nigeria. Pediatr Dermatol. 2005 Jan-Feb;22(1):6-10.
6. Wenk C, Itin PH. Epidemiology of pediatric dermatology and allergology in the region of Aargau, Switzerland. Pediatr Dermatol 2003; 20:482-7
7. Nanda A, Al-Hasawi F, Alsaleh QA. A prospective survey of pediatric dermatology clinic patients in Kuwait: an analysis of 10,000 cases. Pediatr Dermatol. 1999 Jan—Feb;16(1):6-11
8. Chen GY, Cheng YW, Wang CY, Hsu TJ, Hsu MM, et al.. Prevalence of skin diseases among schoolchildren in Magong, Penghu, Taiwan: a community-based clinical survey. J Formos Med Assoc. 2008 Jan; 107 (1):21-9.
9. A. Duhamel, V. Soussan, N. Kramkimel, A. Beauchet, B. Chevallier, E. Mahe. Prévalence des motifs dermatologiques aux urgences pédiatriques générales. Archives de Pédiatrie 2008 ; 15 : p923-p1019.

10. A. Traoré, F. Kouéta, N. Kyélem D. Yé, K.L. Kam, J. Sanou2, L. Dao, N.O. Sawadogo, F. Barro, A.S. Sawadogo. Les dermatoses infectueuses de l'enfant dans un service de dermatologie en milieu tropical (Burkina Faso). Recherche Médicale : Publications pédiatriques
11. Mohammedamin RS, van der Wouden JC, Koning S, et al. Increasing incidence of skin disorders in children? A comparison between 1987 and 2001. BMC Dermatol 2006; 6:4
12. Pfiitzner W. A Infectious skin diseases in childhood. Bacteria and fungi. MMW Fortschr Med. 2002 Jun 20; 144(25):24-8, 30.
13. S Roul-Bouriat, A Taieb. Les soins du siège chez le nourrisson. Journal de pédiatrie et de puériculture n° 7 - 1998
14. J.-F. Stalder . Les soins de la peau du nouveau-né. Archives de pédiatrie (2006) 2-5
15. Jonathan M. Batchelor, Nigel P. Burrows. Assessing skin disease in children. Paediatrics and Child Health, Volume 17, Issue 10, October 2007, Pages 379-384
16. Lésions élémentaires dermatologiques Ann Dermatol Venereol 2005; 132: 8S69-88
17. Léauté-Labréze. Dermatologie pédiatrique EMC, Traité de Médecine Akos, 2-0800, 2006.
18. Pascale Le Huidoux1, Daniel Wallach Dermatologie néonatale pratique. Pédiatrie, vol. 8, n° 5-6, 11-12/ 2005 Médecine thérapeutique / Pédiatrie. Volume 8, Numéro 5, 348-61, 11-12 /2005
19. P. Plantin. Aspects thérapeutiques des dermatoses courantes du nourrisson Journal de pédiatrie et de puériculture n° 6 - 1995
20. Barbarot S et Stalder JF. Dermatologie néonatale Encycl Méd Chir. Dermatologie, 98-860-A-10, Pédiatrie, 4-107-D-30, 2003, 18 p.

21. Epidermolyse bulleuse héréditaire. Thérapeutique dermatologique, Médecine-Sciences Flammarion 2001
22. E. Mahé, Y. De Prost. La cytostéatonecrose du nouveau-né. Ann Dermatol Venereol 2007; 134:494-8.
23. Ichtyoses. Thérapeutique dermatologique, Médecine-Sciences Flammarion 2001
24. G. Quéreux. Dermatite séborrhéique. EMC-Dermatologie Cosmétologie 2 (2005) 147-159
25. O. Chosidow, P. Amblard, J. Basex, Ph. Bernard. Dermatite séborrhéique. Ann Dermatol Venereol 2002; 129:2S8191-2S193
26. Erytheme fessier du nourrisson .Thérapeutique dermatologique, Médecine-Sciences Flammarion 2001
27. Jonathan M. Batchelor, Nigel P. Burrows. Assessing skin disease in children. Paediatrics and Child Health, Volume 17, Issue 10, October 2007, Pages 379-384
28. B. Catteau. Dermatite atopique : épidémiologie et données cliniques actuelles. Rev Fr Allergol Immunol Clin 2002 ; 42 : 373-7
29. J.-P. Lacour. Prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant : Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique 45 (2005) 61-62
30. Williams HC, Burney PG, Hay RJ, et al. The U.K. Working Party's diagnostic criteria for atopic dermatitis. I. Derivation of a minimum set of discriminators for atopic dermatitis. Br J Dermatol 1994; 131:383-96.
31. A. Taieb, Y. De Prost, G. Lorette, P. Berbis, Ph. Bernard, Dermatite atopique, Ann Dermatol Venereol, 2002; 129:2S90-2S95
32. A. Taieb. Poussées de dermatite atopique : définitions et causes. Revue Française d'Allergologie et d'Immunologie Clinique, Volume 48, Issue 3, Avril 2008, Pages 192-195

33. E. Collet, G. Jeudy. Aspects cliniques des allergies cutanées graves (toxidermies exclues). Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique 48 (2008) 115-119
34. E. Grosshans, M.-S. Doutr, P. Souteyrand, B. Crickx . Erytheme noueux. Ann Dermatol Venereol 2002; 129:2S228-2S231
35. Maladie de Kawasaki. Thérapeutique dermatologique, Médecine-Sciences Flammarion 2001
36. Wetterwald E et Aractingi S. Exanthèmes viraux. Encycl Méd Chir, Dermatologie, 98-310-A-10, Pédiatrie, 4-108-A-20, 2003, 7 p.
37. C. Bodemer, B. Crickx, J.-C. Roujeau. Maladies éruptives de l'enfant. Ann Dermatol Venereol 2002; 129:2S76-2S82
38. Infections cutanéomuqueuses bactériennes et mycosiques : Impétigo, folliculite/furoncle, érysipèle. Ann Dermatol Venereol 2003; 130:3847-3S52
39. Nevianna Tomson, Jane C Sterling. Infections and infestations of the skin in children. Paediatrics and Child Health, Volume 17, Issue 10, October 2007, Pages 400-406
40. B. Hassam, K. Senouci, F. Bennouna-Biaz. La Leishmaniose cutanée. Médecine du Maghreb 1991 n°28
41. Mahmoud Hijazy. The Principles of Pediatric Dermatology. 2000
42. Antony De Vivier Phillip H. McKee. Atlas de dermatologie. 1996
43. G. Lorette, F. Cambazard, Ch. Bodemer. Angiomes Ann Dermatol Venereol. 2002; 129:2S176-2S181

ICONOGRAPHIES

Cas n°1

- Nouveau-né de sexe féminin a j6 de vie
Lésion maculeuse bénigne plus ou moins circonscrite bleutée, localisée au niveau de la région lombosacrée et au niveau du dos

. Diagnostic : **Tache mongoloïde**



Cas n°2

- Hiba âgée de 4 mois Hiba Ayoub
-. Diagnostic : **Angiome de la face**

- Ayoub âgé de 2 ans 3 mois
Diagnostic : **Angiome plan**

- F. Zahra âgée de 1 mois
- Diagnostic : **Angiome tubéreux**

Hiba



Ayoub



F. Zahra



Cas n°3

- Khadija âgée de 2 mois Khadija Mohamed

- Mohamed âgé de 3 mois

- Diagnostic: **Angiome péri-orificiel**

Khadija



Mohamed



Cas n°4

- Nourrisson de 2 mois
- Ambiguïté sexuelle. Caryotype : 46XX
- Lésion congénitale étendue hyperpigmentée associée à une hypertrichose
- Diagnostic : **Nævus congénital géant**
- CAT : surveillance, risque de transformation maligne



Cas n°5

- Nouveau-né de sexe féminin à H1 de vie
- post mature
- Diagnostic : Desquamation cutanée



Cas n°6

- Nouveau-né à H1 de vie
- Eruption faite de papules blanches jaunâtres non pustuleuses sur le front et le nez.
- Diagnostic : **Milium**
- Traitement : Aucun



Cas n°7

- Nouveau-né de sexe masculin a j6 de vie
Infection materno-foetale sous
traitement antibiotique.
Eruption : lésions vésiculo—pustuleuses

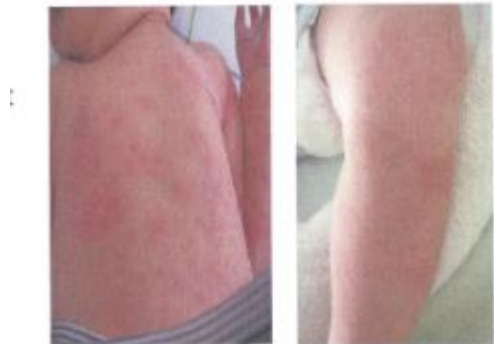


- Diagnostic : ***Pustulose néonatale transitoire***
- Evolution bénigne sans aucun traitement

Cas n°8

- Nouveau-né de sexe féminin a j4 de vie
Infection materno-foetale sous traitement
antibiotique.

Eruption : érythème diffus/ macules,
papules, pustules



- Diagnostic : ***Erythème toxique***
- Evolution bénigne sans aucun traitement

Cas n°9

- Nouveau-né de sexe masculin a j5 de vie
Absence localisée de la peau au niveau du
Vertex.

. ***Aplasie cutanée congénitale du vertex***



Cas n°10

- Nouveau-né de sexe masculin a j8 de vie

Souffrance néonatale

Infection materno-fœtale

Eruption : nodules sous-cutanés

- Diagnostic : ***Cytosteatonecrose***,

Complication : hypercalcémie

- Traitement : hyperhydratation+diurétique

+ corticothérapie

« Evolution : favorable des lésions cutanées



Cas n°11

- Nouveau-né aj 15 de vie

Ictère cutanéomuqueux



- ***Lésions de scarifications***

Cas n°12

- Nouveau-né abandonné a j1 de vie

Ecchymoses diffuses avec bulle du dos du pied.

- ***Lésions de mutilations***



Cas n°13

- Nouveau-nés de sexe féminin

Peau érythémateuse, luisante, tendue et vernissée.

Ectropion, desquamation cutanée (chez 2ème bébé).

- Diagnostic : ***Ichtyose :- Bébés collodion***
- Traitement : symptomatique : émollients
+ hyperhydratation + soins oculaires



Cas n°14

- Ouafae âgée de 4 jours

Parents cousin germain.

Deux sœurs décédées à la période néonatale (dermatose bulleuse).

Lésions bulleuses étendues, à contenu jaune citrin.

- Diagnostic : ***Epidermolyse bulleuse***

- Evolution : décès à j15 de vie



Cas n°15

- Saâd âgé de 15 mois

Bulles et érosions cutanées étendues depuis bas âge de taille variable avec décollement de la peau au moindre frottement.

- Diagnostic : ***Epidermolyse bulleuse congénitale***

- Traitement : symptomatique



Cas n°16

- Houda âgée de 1 mois

- Diagnostic : ***Dermite de siège***

- Traitement : soins locaux, creme a base de zinc



Cas n°17

- Aziza âgée de 4 mois

Eruption érythémato-squameuse sans prurit associé, localisée au niveau du visage, du cuir chevelu et du siège.

- Diagnostic - ***Dermatite séborrhéique***

- Traitement : corticostéroïde topique, shampooings anti-séborrhéique



Cas n°18

- Naser agé de 9 mois

Plaques érythémato-squameuses.

- Diagnostic : ***Eczéma***

- Traitement : dermocorticoïde, émollient



Cas n°19

- Abdelghani agé de 8 mois

Papules et plaques érythémato-squameuses prurigineuses localisées au niveau des joues, du front et du cuir chevelu.

- Diagnostic : ***Dermatite atopique***

- Traitement : dermocorticoïde, émollient



Cas n°20

- F.Zahra agée de 6 ans

Fièvre à 38°8, toux, conjonctivite.

Eruption : lésions maculo-papuleuses confluentes généralisées.

- Diagnostic - ***Rougeole***

- Traitement : symptomatique

- Evolution : bonne



Cas n°21

- Meryem âgée de 2 ans 7 mois

ATCD : varicelle chez le frère.

Convulsion, fièvre à 39°.

Eruption : lésions maculo-papuleuses prurigineuses puis vésiculeuses et croûteuses, éléments d'âge et d'aspect différents et les vésicules à contenus clairs puis troubles.

- Diagnostic : ***Varicelle***

- Traitement : ATB + antiseptique + anti-histaminique + antipyrétique

- Evolution : bonne



Cas n°22

- Sami âgé de 2 ans 5 mois

- Diagnostic : ***Varicelle surinfectée***

- Traitement : ATB + antiseptique + antihistaminique + antipyrétique

- Evolution : bonne



Cas n°23

- Nabila âgée de 18 mois
- Diagnostic : **Varicelle maligne**
- Traitement : Antiviraux (aciclovir) + bains antiseptiques.

« Evolution : bonne



Cas n°24

- Younes âgé de 8 ans Younes Farah
- Farah âgée de 3 ans, ATCD: varicelle a 2 ans.

Eruptions vésiculeuses sur le trajet du nerf ophtalmique.

Examen ophtalmologique normal.

- Diagnostic : Zona ophtalmique
- Traitement : antiseptique + antiviraux oral + antalgique.



Cas n°25

- Selma âgée de 3 ans
- Eruption : bouquets de vésicules, a la jonction cutanéomuqueuse des lèvres.
- Diagnostic : Herpès /abiale
- Traitement : Cicloviral local



Cas n°26

- Soufiane agé de 11ans

Papules ombiliquées.

- Diagnostic : ***Molluscum Contagiosum***

- Traitement : curetage



Cas n°27

- Iman agée de 14 ans

Papules verruqueuses au niveau des mains.

- Diagnostic : ***Verrues***

« Traitement : Trétinoïne topique



Cas n°28

- Mohammed agé de 2 ans

Fièvre à 39°. Bon état général

Eruption érythémateuse en gant et en chaussette.

- Diagnostic : ***Syndrome en gant et en chaussette***

- Traitement : symptomatique + surveillance.

- Evolution : favorable avec disparition des lésions en 24 h.



Cas n°29

- Hiba âgée de 22 mois

Fièvre à 38°

Eruption érythémateuse avec vésicules.

- Diagnostic : ***Syndrome main-pied-bouche***

- Traitement : symptomatique

- Evolution : bonne



Cas n°30

- Adam âgé de 4 ans

Fièvre à 39°. Angine.

Eruption : macules érythémateuses en cocarde.

. Diagnostic - ***Erythème polymorphe***

- Evolution : favorable



Cas n°31

- Latifa âgée de 6 ans

Eruptions vésico-bulleuses

étendues.

- Diagnostic : ***Dermatite herpétiforme***

- Traitement : corticothérapie générale + soins locaux.



Cas n°32

- Otman âgé de 13 mois
- Diagnostic : ***Dermatite atopique impétiginisée***
- Traitement : ATB+ antiseptique+ émollient



Cas n°33

- Nourelhoda âgée de 3 ans
- Papules rouges douloureuses, avec au centre une pustule jaunâtre.

- Diagnostic : ***Furoncle***
- Traitement local



Cas n°34

- Sara âgée de 3 ans et demi
- Fiebre à 38°5
- Eruption : placard érythémateux localisé au niveau du membre inférieur. Pas de signes de gravité.

- Diagnostic : ***Erysipèle***
- Traitement : ATB en ambulatoire.
- Evolution favorable



Cas n°35

- Akif agé de 7 ans

Fiebre. Angine.

Eruption érythémateuse

squameuse

- Diagnostic : Scarlatine

- Traitement : ATB

Cas n°36

- Imad agé de 18 mois

ATCD : érythème du siège

Eruption ulcéro-nécrotique.

- Diagnostic : Jcthyma gangenosum

- Traitement : ATB

- Siham agée de 2 ans 6 mois

Fièvre a 38°. Abdomen distendu + SMG +
pancytopénie, corps de Leishmanie a la
ponction médullaire.

Eruption : ulcération sous la lèvre inférieure.

- Diagnostic : lésion d'Icthyma +
leishmaniose viscérale

- Traitement : ATB locale + Glucantime

Imad



Siham



Cas n°37

- Mohamed âgé de 5ans

Fièvre a 38°+ toux

Nouveaux érythémateux fermes sensibles au niveau des membres inférieurs.

Radiographie du thorax : foyer parahiliaire droit

TDM thoracique : ADP médiastinale

- Diagnostic : **Erythème noueux** /Primo-infection tuberculeuse

- Traitement : anti-bacillaire pendant 6 mois



Cas n°38

- Abdelali âgé de 9 mois

Eruptions sous forme de papules, vésicules et pustules, prurigineuses sur tout le corps.

- Diagnostic : **Gale**

- Traitement : Ascabiol



Cas n°39

- Nabila âgée de 5 ans

Eruption : lésion rouge avec croûte surélevée évoluant depuis 3 mois.

- Bouchra âgée de 9 ans

Eruption : Nodules de 2 à 3 cm de diamètre avec ulcération au centre évoluant depuis 5 mois.



- Diagnostic : ***Leishmaniose*** cutanée

- Traitement : Glucantime

Cas n°40

- Sanae âgée de 10 ans

- Saida âgée de 12 ans

Placards géographiques avec une bordure érythémateuse squameuse d'évolution centrifuge.

- . Diagnostic : ***Herpes circiné***
(***Dermatophytie***)

- Traitement : local par application de topiques antifongiques.



Cas n°41

- Said âgé de 2 ans

Eruption érythémateuse avec fine desquamation, à bords nets.

- Diagnostic - ***Lésions candidosiques périnéale***

- Traitement : antifongique local



Cas n°42

- Ali âgé de 8 ans

Plaques arrondies recouvertes de squames, de croûtes, les cheveux sont coupés courts, raréfiés, voire absents.

- Diagnostic : ***Teigne***

- Traitement : antimycosiques par voie orale : Griséofulvine pendant 4 semaines.



Cas n°43

- Fahd âgé de 7 ans

Suivi pour aplasie médullaire.

Taches noirâtres/bleuâtres diffuses

- Diagnostic - ***Ecchymoses diffuses***



Cas n°44

- Leila Agée de 11 ans

Purpura pétéchial diffus avec ecchymoses

Bon état général

Thrombopénie isolée.

- Diagnostic : ***Purpura thrombopénique
idiopathique***

- Traitement : Transfusion de culots
plaquettaires, corticothérapie



Cas n°45

- Khawla agée de 1 an

Fièvre à 39°, syndrome méningé,

Etat hémodynamique instable.

Purpura rapidement extensif et
nécrotique.

- Diagnostic : ***Purpura fulminans***

- Traitement : ATB IV urgente +
stabilisation hémodynamique.

- Evolution : favorable.



Cas n°46

- Khawla âgée de 14 ans

Bon état général. Arthralgie.

Purpura infiltré intéressant les zones déclives.

Bilan biologique (hémogramme, bilan rénal..)

Normal.

- Diagnostic - ***Purpura rhumatoïde***

- Traitement : antalgique, surveillance

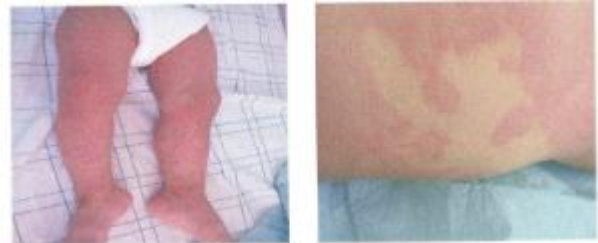


Cas n°47

- Haytam âgé de 19 mois

Placard érythémateux et
papuleux diffus.

- Diagnostic : ***Urticaire***



Cas n°48

- Ilyass âgé de 3 ans

HTA, altération d'état général.

Arthralgie, fièvre.

Eruption érythémateuse intéressant le
visage et les membres supérieurs.

Biopsie cutanée : vascularite

- Diagnostic : ***Périartérite noueuse***



Cas n°49

- Fadwa âgée de 7 ans

Lésions hyperchromiques et
achromiques au niveau des membres
supérieurs et du visage (poikilothermie)
et nodules sous cutanées (calcinose).

- Diagnostic : ***Dermatomyosite***



Cas n°50

- Khalid âgé de 11 ans

Suivi pour dermatomyosite depuis 4 ans
Nodules indurés au niveau du dos.

- Diagnostic : ***Calcinoses sous cutanées***

- Evolution : ulcération avec issu de
substances blanchâtres



Cas n°51

- Ikram âgée de 5 ans

Plaques bien délimitées confluentes
avec squames sèches, épaisses
étendues a tout le corps.

- Diagnostic : ***Psoriasis***

- Traitement : Corticoides locaux+
Emollients.



Cas n°52

- Selma âgée de 4 ans

Suivie pour crise épileptique sous
Dépakine depuis une année et demie.

Multiples plaques érythémateuses-
squameuses au niveau du tout le corps
Grattâge de Broka +

- Diagnostic : Psoriasis induit par
Dépakine

- Traitement : Corticoides locaux, émollients



Cas n°53

- Fatima âgée de 13 ans

Poly arthralgies fébrile évoluant depuis
4 semaines.

Eruption érythémateuse généralisée,
fugace au moment des pics fébriles
Syndrome inflammatoire important
Facteur rhumatoïde et Anticorps
antinucléaires négatifs.

- Diagnostic : ***Arthrite juvénile
idéopathique***



Cas n°54

- Najlae âgée de 4 ans et demi

Fièvre depuis une semaine, ADP cervicales, conjonctivite, chéilite, oedèmes rouge douloureux des extrémités + exanthème morbiliforme + érythème palmo-plantaire évoluant vers la desquamation.

Syndrome inflammatoire ++, ETT : normale

- Diagnostic : ***Syndrome de Kawasaki***

- Traitement : AINS à dose anti inflammatoire puis à dose antiagrégant.

- Evolution : bonne



Cas n°55

- Karim âgé de 8 ans

Plaque alopécique au niveau frontal 3cm/2cm avec zone hypochromique
Signe de traction + (+3 chv)

- Diagnostic : ***Pelade***

- Traitement : corticoïde local



Cas n°56

- Hamid âgé de 7 ans

Plaques achromiques intéressant les membres supérieurs et inférieurs

. Diagnostic : ***Vitiligo***



Cas n°57

- Iman âgée de 15 ans

ATCD : mère obèse et diabétique.

Placards hyperpigmentés (bronzé), avec des reliefs cutanés épaissis et rugueux au niveau de la nuque et les aisselles. Glycémie normale

. Diagnostic : ***Achantosis nigricans***

- Traitement symptomatique



Cas n°58

- Sanae âgée de 2 ans 3 mois

Rougeole

Ulcération de la lèvre inférieure

. Diagnostic : Brd/ure/ électrocution

- Traitement : soins locaux



Cas n°59

- Ayoub agé de 5 ans

Lésion érythémateuse suite a l'exposition de soleil.

- Diagnostic : ***Brûlure / coup de soleil***



ANNEXES

ORIENTATION DIAGNOSTIQUE DEVANT UNE ERUPTION
CUTANÉE DE L'ENFANT :

Exanthème maculo-papuleux	Exanthème viral : rougeole, rubéole, adénovirose, exanthème subit, mégalérythème épidémique, mononucléose infectieuse... Choc toxique staphylococcique Maladie de Kawasaki si fièvre et syndrome inflammatoire associé Toxidermie médicamenteuse : antibiotiques et anti convulsivants.
Exanthème scarlatiniforme	Exanthème bactérien toxinique (streptocoque et staphylocoque essentiellement): scarlatine ou épidermolyse staphylococcique Maladie de Kawasaki si fièvre et syndrome inflammatoire associé.
Exanthème papuleux	Syndrome de Gianotti-Crosti Exanthème viral : parvovirus B19 (éruption en gants et en chaussettes)
Exanthème vésiculeux	Exanthème viral : varicelle, zona, greffe herpétique sur dermatite atopique, entérovirus (syndrome pied-main-bouche).
Exanthème pustuleux	Exanthème viral : zona, greffe herpétique sur dermatite atopique Psoriasis Maladie de Kawasaki si fièvre et syndrome inflammatoire associé.
Exanthème papulo-squameux	Exanthème papulo-squameux Psoriasis.

TRAITEMENTS LOCAUX EN DERMATOLOGIE

Les dermocorticoïdes

Action :

Anti-inflammatoire et immunosuppressive.

Classification en fonction de la puissance :

- ✓ Classe I (activité anti-inflammatoire très forte).
- ✓ Classe II (activité anti-inflammatoire forte).
- ✓ Classe III (activité anti-inflammatoire assez forte ou moyenne).
- ✓ Classe IV (activité anti-inflammatoire faible ou modérée).

Indications types :

Dermatite ou eczéma atopique, eczéma de contact, dermatite séborrhéique, psoriasis, prurigo, sclérodermie circonscrite, lupus discoïde, vitiligo, dermatoses bulleuses auto-immunes....

Contre-indications :

Les dermatoses infectieuses et surtout les dermatoses à herpès virus (herpes, zona) à cause du risque d'extension locale et de nécrose.

Effets indésirables locaux :

Fragilité et atrophie dermique. Retard de cicatrisation des plaies.
Hypopigmentation. Vergetures pourpres.

Les règles de prescription :

Il faut poser l'indication, choisir le produit adéquat, et détailler sur ordonnance les zones à traiter, la posologie, et la durée du traitement, et enfin expliquer les effets secondaires possibles.

Les antimycosiques

Les imidazolés :

ketoconazole (Ketoderm®), Econazole (Pevaryl®).

La nystatine ou l'amphotéricine B: sont actives dans les candidoses superficielles.

Les antiseptiques

Hexamidine, Chlorhexidine...

DERMATITE ATOPIQUE

Traitement préventif

- ❖ Diminuer la sécheresse de la peau :
- ✓ Toilette avec des savons doux type savon surgras ou des pains végétaux sans savon.

(Ex : Dermagor®, Septivon®, Cyteal®, Solubacter®....).

- ✓ Eviter les bains ou douches trop chaudes (sup. a environ 37°C) et trop longs (sup. a 5-10 minutes).
- ✓ Se sécher en tamponnant, sans frotter.

Utilisation d'émollients après la toilette (appliquer sur peau encore /égèrement humide, juste après le séchage) (Cold cream®, Xéroderm®, Neutrogéna® appliquer 2 fois par jour).

- ❖ Diminuer les allergènes et les irritants :
- ✓ Eviter les acariens, les moisissures, le tabac et les animaux domestiques (la maison et a fortiori la chambre doivent être saines : diminuer les moquettes, les peluches; aérer et aspirer frequemment; éviter les pieces humides avec des moisissures).
- ✓ Préférer le coton a la laine et aux synthétiques.
- ✓ Eviter les savons agressifs.
- ✓ Eviter les allergènes alimentaires détectés (Il vaut mieux commencer la diversification tard (vers 5-6 mois) et n'introduire qu'un aliment par semaine si possible, et il est préférable d'éviter les ceufs et |'arachide avant un an.
- ✓ Eviter le contact avec les personnes qui ont un herpés.

Traitement symptomatique

- ❖ Utilisation de dermocorticoïdes (DC) lors des poussées.

(Crèmes sur les lésions suintantes et plis) ou des pommades sur les lésions sèches).

DC classe I! sur les lésions du visage, du cou, ou des organes génitaux (ex:

Locapred®...), ou DC de classe III sur les lésions du corps : application tous les soirs pendant 3 à 6 jours, puis un soir sur 2 pendant 3 à 6 jours, puis 2 soirs par semaine puis arrêt . (Betneval®, Diprosone ® Topsyne®...).

- ❖ Utilisation d'anti-histaminiques en cas de prurit .

(Primalan®, Polaramine®, Atarax ®...).

- ❖ Traitement des infections de la peau (souvent provoquées par le grattage).

En cas d'impétiginisation - une antibiothérapie locale (acide fucidique ou Fucidine®, Bactroban®...). Dans certains cas très infectés, une antibiothérapie générale est prescrite.

DERMATITE SEBORRHEIQUE

❖ Toilette avec Shampoings à la pyrithione de zinc, à la piroctoneolamine, au ketoconazole ou au sulfure de sélénium.
(Ex : Ketoderm® gel moussant 2 % : Application en lavage des zones atteintes. Eviter le contact avec les yeux. Faire mousser le gel et laisser agir 70 minutes puis rincer et renouveler l'opération. Au début 2 applications par semaine pendant 4 semaines puis une application par semaine pendant 4 à 8 semaines. En entretien : une application par mois.

❖ Antifongiques locaux contenant un dérivé imidazolé (ketoconazole) ou de la ciclopiroxolamine.
(Ex : Ketoderm®, Mycoster® 1 % crème : 2 applications par jour pendant 2 à 4 semaines puis une fois par jour pendant 4 semaines en entretien.

❖ Dermocorticoïdes locaux de classe II ou III de courte durée.
(Ex : Diprosalic®, Dermoval®....)

❖ Expliquer au malade qu'il s'agit d'une affection chronique et que le but des traitements est l'obtention d'une rémission et non pas la guérison définitive.

DERMITE DE SIEGE

- ❖ Toilette avec savon liquide acide ou lotion antiseptique.
(Ex : Septivon®, Dermacide ®...), avec rincage et séchage soigneux.
- ❖ Colorant : éosine a l'eau 2 % (1 a 2 applications quotidiennes).
- ❖ Pate a l'eau protectrice a base d'oxyde de zinc.
(Ex : Mitosyl®, Aloplastine®...)
- ❖ Mesures d'hygiène +++ : si possible aérer la peau plusieurs heures par jour, pas de talc.

GALE

❖ Les 2 premiers soirs :

Bain ou douche; laver, rincer, sécher puis appliquer Benzoate de benzyle (Ascabiol *) : ½ flacon pour 1 application (pour les enfants de moins de 2 ans: diluer le produit de moitié avec de l'eau ou utiliser du Spregal*).

- ✓ 2 couches au pinceau a 15 mn d'intervalle.
- ✓ Du cuir chevelu (y compris derrière les oreilles) jusqu'aux orteils.
- ✓ Insister sur tous les plis et sous les ongles.
- ✓ Eviter les muqueuses et le visage.
- ✓ Ne pas rincer, laisser agir 12 h (une nuit).
- ✓ Mettre des gants aux petits enfants.

❖ Le matin du jour suivant :

✓ Y Changer linge de corps et de literie des 3 jours précédents; lessiver a 60° si possible.

✓ Linge non lavable a 60° : le mettre dans un sac plastique, poudrer bombe insecticide (Baygon); laisser 24 h puis lessiver.

✓ Pulvériser le même insecticide sur sieges et matelas.

Dans certains cas (réponse incomplète), une seconde prise peut être nécessaire 10 415 jours plus tard.

❖ Même traitement pour l'entourage

FICHE D'EXPLOITATION DES DERMATOSES CHEZ L'ENFANT

Identité

Nom:

Prénom :

Date de naissance :

NE:

Date de consultation :

Niveau socio économique des parents :

Motif de consultation

ATCD

Déroulement de la grossesse :

de l'accouchement :

Etat de la peau a la naissance:

Vaccination :

Pathologie antérieure :

Pathologie familiale :

Dermatose dans la famille :

Eruption concomitante :

Arbre généalogique :

HDM

Histoire de la symptomatologie clinique

Mode de début : Brutal Progressif Localisé Etendu d'emblée

Aspect initial :

Mode d'extension local: Centrifuge Curviligne Plaques

Mode évolutif : Aigu Chronique Poussée

Traitements utilisés : Locaux Systémiques

Signes fonctionnels :

Prurit

Douleur

Prises médicamenteuses et chronologie / dermatose

Facteurs de l'environnement

Habitats Loisirs Exposition solaire Habitudes vestimentaires

Examen dermatologique

Inspection

Lésion élémentaire précoce et non modifiée :

Revêtement cutané :	Pli	Régions palmo-plantaires
	Cheveux	Ongles
Muqueuses :	Buccale	Conjonctivale
	Nasale	Ano-génitale

Palpation

Relief superficiel

Infiltration

Vitro pression

Curetage des squames / croûtes

Friction

Dermographisme

Signe de Darier

Signe de Nikolski

Groupement des lésions

Placard	Linéaire	Annulaire
Arciforme	Polycyclique	Cocarde

Examen général

Signes fonctionnels

Fièvre Vomissement Diarrhée Arthralgies Myalgies

Signes neurologiques Signes respiratoires : toux

Autres :

Examen général

Examen Pleuro-pulmonaire :

Examen cardio-vx:

Examen ORL :

Examen abdominal :

Examen des aires ganglionnaires :

Examens complémentaires

Photographie :

Dermato-scopie :

Prélèvement microbiologiques superficiels :

Examen direct

Culture

Cytodiagnostic de tzanck-

Autres :

Diagnostic retenu

PEC

Hospitalisation :

Traitement :

Evolution