

Repères pratiques



M. RYBOJAD

Service de Dermatologie,
Hôpital Saint-Louis, PARIS.

Le diagnostic sous la couche : pièges diagnostiques

L'érythème fessier est une affection hautement fréquente du nourrisson. Il est le plus souvent le témoin d'une fragilisation de la peau faisant intervenir des phénomènes de macération, d'irritation et de surinfection. Généralement peu sévère, il disparaît avec des mesures locales simples. En revanche, un érythème inhabituel (chronicité anormale, extension, tableau plus complexe) devra faire évoquer d'autres dermatoses : psoriasis, histiocytose langerhansienne, maladie de Crohn, maladie de Hirschprung, carence en zinc ou d'autres maladies plus rares.

Classiquement, on oppose les dermites touchant primitivement les plis (macération, psoriasis) à celles touchant primitivement les convexités (dermite d'irritation, granulome glutéal). Cette classification est théorique et son intérêt pratique est en réalité limité. Le diagnostic sera orienté par l'examen local et de l'ensemble du tégument qui évaluera :

- l'évolution ;
- l'aspect sémiologique (localisation, lésions élémentaires) ;
- les antécédents récents (diarrhée, par exemple) et plus anciens (récurrences de l'érythème fessier), personnels et familiaux (psoriasis) ;
- la nutrition (allaitement) ;
- les topiques utilisés préalablement pouvant induire des dermatoses (corticoïdes et granulomes glutéaux) mais aussi modifier la dermatose initiale.

Dermites d'irritation, de macération et de surinfection

Les causes irritatives (urines et selles), macératives et la surinfection (candidosique ou bactérienne) sont les trois aspects les

plus fréquemment observés. Des soins simples permettent le plus souvent d'en venir à bout.

>>> La dermite irritative prédomine sur les convexités, elle est secondaire au frottement des couches sur l'épiderme associé à la macération liée aux urines. Une surinfection bactérienne ou fongique, à *Candida albicans*, peut se développer. Les lésions deviennent alors papuleuses, érosives, extensives avec des pustulètes ou une desquamation périphérique.

>>> La dermite macérative, favorisée par différents topiques comme le talc ou les topiques gras, prédomine dans les plis. Elle est plus fréquente chez l'enfant potelé. La prolifération microbienne y est favorisée par la rétention sudorale.

Toute dermatose du siège peut se surinfecter, donnant des papules inflammatoires, des érosions, un érythème luisant. Le traitement de ces surinfections permettra de révéler la lésion élémentaire sous-jacente.

Il faut savoir penser à d'autres dermatoses

En effet, de nombreuses dermatoses peuvent avoir une localisation fessière, notamment le psoriasis.

>>> Le psoriasis des langes

Il survient le plus souvent après 3 mois de vie. L'érythème est intense, vernissé, parfois sec et squameux et très bien limité. L'existence de lésions de psoriasis à distance et d'antécédents familiaux aide au diagnostic.

Repères pratiques

>>> La carence en zinc (fig. 1 et 2)

Plusieurs étiologies de carences en zinc sont actuellement individualisées. Le déficit génétique d'absorption du zinc, ou *acrodermatitis enteropathica* congénitale, est la carence en zinc la plus "médiatique". Les lésions débutent à l'arrêt de l'allaitement maternel et imposent une substitution en zinc à vie. Des pseudo-acrodermatites entéropathiques peuvent également être observées et leur fréquence est probablement sous-évaluée chez les enfants allaités de façon exclusive. Il s'agit le plus souvent d'enfants prématurés chez lesquels il existe un défaut d'apport en zinc par le lait maternel. L'éruption se développe pendant l'allaitement, le plus souvent après 1 à 2 mois, et disparaît en quelques jours de substitution par le zinc et lors de la diversification. De nombreuses causes rares peuvent également être à l'origine de carences en zinc : régimes aberrants, nutrition parentérale totale mal équilibrée, mucoviscidose et colopathies inflammatoires, certains déficits enzymatiques congénitaux, etc.

Les lésions sont le plus souvent bifocales (visage et siège) et à prédominance périforicielle. Elles sont érythémateuses, voire érosives, avec une collerette desquamative périphérique très évocatrice du diagnostic. Il peut exister des lésions à distance, notamment des extrémités, des cheveux ternes, voire une alopécie. L'enfant est souvent grognon.

En cas de suspicion de déficit en zinc, le traitement d'épreuve par substitution avec un sel de zinc est d'effet spectaculaire, avec une amélioration clinique en quelques jours. Il doit être débuté dès que le prélèvement de la zincémie est réalisé, sans en attendre les résultats.



Fig. 1 : *Acrodermatitis enteropathica*.



Fig. 2 : *Acrodermatitis enteropathica*.

>>> L'histiocytose langerhansienne (fig. 3)

Elle se présente sous la forme de micropapules, plus ou moins purpuriques et kératosiques, prédominant dans les plis inguinaux et interfessiers et au niveau scrotal. Ces lésions sont résistantes aux traitements usuels de l'érythème du siège. On recherchera des signes associés cutanés (lésions similaires du vertex, des plis rétroauriculaires et des aisselles) et généraux : diabète insipide, atteinte pulmonaire et organomégalie. Au moindre doute, ces lésions cutanées seront biopsiées. Si le

Repères pratiques



Fig. 3 : Histiocytose langerhansienne.

diagnostic est confirmé, l'enfant devra être orienté vers un centre spécialisé.

>>> La maladie de Crohn

Elle peut se manifester par un suintement chronique et réalise des lésions infiltrées et un aspect de rhagades dans les plis avec parfois des pseudomarques très évocatrices. La recherche d'autres localisations, notamment au niveau buccal (infiltration des lèvres, des gencives, pavetage de la langue) et surtout digestif, permettent de poser le diagnostic qui sera documenté par la biopsie montrant un aspect de granulome épithélio-gigantocellulaire, sans nécrose caséuse.



Fig. 4 : Épidermolyse bulleuse héréditaire.

>>> L'impétigo et l'épidermolyse staphylococcique

Classiquement, l'impétigo se révèle par des bulles flasques à contenu mélicérique. Lors de l'examen, les bulles sont parfois rompues et ne laissent persister que des érosions très superficielles. Le début périforiciel et l'évolution de proche en proche des plaques arrondies, éventuellement le contexte épidémique, orientent vers ce diagnostic. Une antibiothérapie anti-cocci Gram positif doit être instituée.

L'épidermolyse staphylococcique (fig. 4) donne un tableau aigu pouvant débuter en région périnéale. L'extension est très rapide chez un enfant fébrile, hyperalgique, avec décollement épidermique superficiel en linge mouillé. L'enfant doit être hospitalisé en urgence pour adapter le traitement : antibiothérapie antistaphylococcique, rééquilibration hydroélectrolytique, antalgiques, antipyrétiques.

D'autres dermatoses plus rares doivent être connues du clinicien, la localisation au siège étant fréquente

>>> L'anite streptococcique est très inflammatoire, bien limitée et peu étendue. Une recherche d'oxyurose et une décontamination systématique seront effectuées. Le diagnostic repose sur la mise en évidence du streptocoque par prélèvement bactériologique et culture. Le traitement nécessite une antibiothérapie antistreptococcique (fig. 5).

>>> Le lichen scléroatrophique se localise fréquemment dans les régions ano-vulvaires et balano-prépucales.



Fig. 5 : Anite streptococcique.

Il réalise une éruption chronique associant des lésions vitiligoïdes et érythémato-hémorragiques, secondairement scléreuses et atrophiques. Un diagnostic précoce et une prise en charge adaptée éviteront l'évolution vers des séquelles parfois sévères. Le traitement repose sur un traitement local dermocorticoïde prolongé.

>>> **L'ecthyma gangrenosum** a très souvent un siège périnéal. Il réalise une lésion érosive, suintante, souvent nécrotique, profonde et bien circonscrite. Lié à une infection à *Pseudomonas aeruginosa*, il impose de rechercher un déficit immunitaire sous-jacent.

>>> **La gale** siège sur les convexités et réalise une éruption vésiculo-pustuleuse très prurigineuse à localisation palmoplantaire et axillaire. Les nodules scabieus siègent au niveau périnéal.

>>> Une lésion bien limitée à contours géographiques, parfois quadrangulaire, doit faire suspecter une brûlure et conduire à se méfier d'un **syndrome de Silverman (fig. 6)**.

>>> **Le granulome glutéal** infantile se rencontre de moins en moins fréquemment du fait du respect des règles de prescription des dermocorticoïdes. Il s'agit de placards nodulaires violines siégeant sur les convexités.

>>> **Les angiomes immatures** peuvent avoir une localisation au niveau du siège où ils peuvent volontier s'ulcérer. Les antalgiques majeurs, l'utilisation du laser à colorant pulsé ou des bêtabloquants permettent une prise en charge optimale.



Fig. 6 : Dermite caustique.



Fig. 7 : Maladie de Kawasaki.

>>> **Des lésions tumorales bénignes**, telles que le mastocytome ou les hémolymphangiomes, peuvent être observées à ce niveau.

>>> Citons la **dermatose à IgA linéaire** se localisant fréquemment au niveau périnéal, les éruptions psoriasiformes observées au cours de la **mucoviscidose**, voire de certaines entérocrites nécrosantes. Enfin, l'érythème desquamatif du siège survenant dans un contexte hautement fébrile doit faire évoquer le diagnostic de la **maladie de Kawasaki (fig. 7)**.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.