Le dossier – Dermatologie périnéale de l'enfant

Dermites du siège infectieuses du nourrisson

RÉSUMÉ : Des infections variées peuvent se localiser sur le siège du nourrisson et de l'enfant. La topographie des lésions oriente vers le diagnostic. Les plus caractéristiques sont la candidose du siège, marquée par une atteinte initiale des plis, et l'anite streptococcique, où sont présents un érythème périanal, souvent douloureux, fébrile, associé à de petites érosions ou fissurations.
Des infections diffuses peuvent aussi atteindre le siège, virales (syndrome pieds-mains-bouche, par exemple), bactériennes, mycosiques ou parasitaires (gale). Le traitement comprend celui de la cause ainsi que des soins du siège adaptés.

A. MARUANI
Université François-Rabelais de Tours,
SPHERE INSERM 1246,
Service de Dermatologie,
Unité de Dermatologie pédiatrique,
CHRU, TOURS.

Le siège du nourrisson peut être le site d'infections variées, virales, bactériennes, fongiques ou parasitaires. Il faut distinguer les infections éruptives diffuses – intégrant le siège mais n'étant pas cantonnées à celui-ci – des infections survenant spécifiquement sur le siège, généralement dans les plis.

Les infections spécifiquement localisées au siège

Les plus fréquentes causes infectieuses de dermites du siège du nourrisson sont la candidose et l'anite streptococcique.

1. La candidose du siège

La candidose du siège survient sur macération des plis, qui peut se manifester par un érythème simple et discret des plis favorisé par la chaleur et la rétention sudorale (***fig. 1***). Une colonisation puis une infection à *Candida albicans* peuvent se développer, ce micro-organisme prospérant en milieu humide et acide. La mycose du siège débute généralement par une inflammation des plis du siège (intertrigo), qui deviennent rouges, luisants, parfois recouverts d'un enduit blanchâtre. L'érythème évolue en s'étendant et de petites pustules apparaissent en périphérie de l'intertrigo. L'atteinte initiale des plis est un des éléments permettant de distinguer la mycose de la dermite irritative qui, elle, débute sur les zones convexes, en contact avec les couches souillées. L'examen de la cavité buccale, qui doit être systématique, permet parfois de trouver une candidose associée (sous la forme de muguet).

Les candidoses du siège sont favorisées par la prise d'antibiotiques, par une

Fig. 1 : Macération du siège (atteinte des plis).

Le dossier – Dermatologie périnéale de l'enfant

dermatose préexistante (psoriasis du siège macéré, par exemple) et aussi par l'utilisation de produits gras occlusifs (vaseline, liniment oléocalcaire sans nettoyage préalable par un produit détergent doux).

Outre des soins d'hygiène adaptés, le traitement des candidoses du siège comprend l'application d'antifongiques : topiques imidazolés (1 à 2 fois par semaine, durant 2 à 4 semaines), ciproxolamine ou terbinafine [1, 2]. Concernant la galénique, la crème permet une pénétration du produit actif supérieure à la poudre. Un traitement par voie orale, par nystatine ou par amphotéricine B, peut être administré, notamment en cas de mycose buccale associée.

2. L'anite streptococcique

L'anite à streptocoque β-hémolytique se présente classiquement comme un érythème de la région périanale, de délimitation plus ou moins nette, souvent douloureux. Cette dermohypodermite peut s'accompagner d'une fièvre parfois élevée, mais qui est inconstante. Cette entité atteint avec prédilection le petit enfant plus que le nourrisson. Un contexte de constipation est souvent trouvé et de petites fissurations périanales sont présentes (***fig. 2***) [3]. Le diagnostic n'est pas suffisamment évoqué ; lorsque l'enfant est fébrile, l'érythème fessier est alors souvent attribué à tort à un épisode infectieux viral non identifié ou, s'il s'agit d'un nourrisson, à une poussée dentaire. Il est important de penser à faire des prélèvements bactériologiques en cas de doute, d'autant que des formes cliniques peu marquées existent. Le test de diagnostic rapide (TDR) streptococcique, qui a une très bonne sensibilité pour l'angine streptococcique, a été peu étudié dans l'anite streptococcique mais pourrait être utile.

Fig. 2 : Anite streptococcique.

La physiopathologie de cette entité est controversée. Une hypothèse est que la pénétration des germes se fait de façon directe par les fissurations périanales, probablement liées elles-mêmes à la constipation des enfants. Une autre hypothèse est que la contamination se fait *via* le tube digestif, dont le gîte primitif serait oropharyngé [3].

Le traitement de l'anite streptococcique repose sur trois points :
– l'antibiothérapie antistreptococcique (amoxicilline) pendant une période d'environ 14 jours ;
– les soins locaux du siège ;
– la prise en charge de la constipation, si elle est présente [4].

Dans une étude incluant 105 patients, le streptocoque était résistant à l'érythromycine dans 1,4 à 14,8 % des cas [5]. Sur une autre cohorte de 81 enfants, le taux de récidive à 6 mois était élevé, estimé à environ 1/3 des cas, sans que l'explication soit démontrée, entre un portage pharyngé chronique du germe ou une constipation générant de petites portes d'entrée périanales liées aux efforts de défécation [6].

3. Autres infections focalisées sur le siège

D'autres germes peuvent être trouvés dans les intertrigos infectieux du siège, *Staphylococcus aureus* par exemple.

L'oxyurose n'est pas directement responsable de dermites du siège du nourrisson mais peut induire des lésions irritatives par le prurit qui la caractérise, en zone périanale mais également vulvaire chez la fillette. L'oxyurose est une parasitose intestinale fréquente chez le petit enfant, strictement humaine, causée par *Enterobius vermicularis*, ver rond et blanc, mesurant quelques millimètres, cosmopolite. La contamination se fait par l'ingestion d'œufs embryonnés dans le milieu extérieur, qui deviennent des vers adultes dans le tube digestif ; les femelles adultes pondent leurs nombreux œufs dans la marge anale. Le portage est le plus souvent asymptomatique mais peut aussi induire un prurit anal, surtout vespéral. Le diagnostic peut se faire par l'observation des petits vers blancs, mobiles (adultes femelles) dans les selles, ou par *scotch test*, à faire préférentiellement le matin, avant toute toilette et toute défécation. Le traitement de l'oxyurose repose sur les benzimidazolés (flubendazole, albendazole). Il doit être répété 2 à 3 semaines après et inclure toute la famille [7].

Les infections éruptives diffuses pouvant comprendre une atteinte du siège

Toutes les maladies infectieuses éruptives peuvent toucher le siège, les plus fréquentes étant virales (varicelle, syndrome pieds-mains-bouche, etc.) et parasitaires (gale) [8, 9]. Le syndrome pieds-mains-bouche est une infection éruptive due à un entérovirus, en particulier aux séro-

Fig. 3 : Syndrome pieds-mains-bouche (petites papules érythémateuses).

types Coxsackie A6 et A16 en France, qui atteint avec prédilection les plantes, les paumes et la bouche sous la forme de vésicules profondes, parfois douloureuses. D'autres parties du corps sont fréquemment atteintes également, le siège en particulier, sous la forme de petites papules érythémateuses (***fig. 3***) [8].

Principes de traitement

La prise en charge de toutes ces dermites infectieuses du siège comprend, d'une part, le traitement de la cause quand il est possible, d'autre part, des soins du siège adaptés pour prévenir la macération, l'irritation et la surinfection. Les soins du siège comprennent une toilette avec un détergent doux (savon sans savon), au moins 1 fois par jour et après chaque selle, un rinçage et un séchage soigneux suivis de l'application éventuelle d'une crème protectrice, pouvant contenir du cuivre et du zinc. La fréquence de change des couches doit être de 6 fois par jour minimum, plus avec des couches lavables. La toilette systématique du siège avec des lingettes nettoyantes est une source d'irritation. Le nettoyage du siège avec un produit gras non détergent (liniment oléocalcaire, par exemple), avec de l'eau seule ou avec du sérum physiologique est insuffisant [10].

En cas d'absence de guérison malgré un traitement bien conduit, il est nécessaire de reconsidérer le diagnostic, en particulier d'évoquer les maladies générales pouvant débuter sur le siège, comme l'acrodermatite entéropathique (carence en zinc) et l'histiocytose langerhansienne.

BIBLIOGRAPHIE

1. Gallup E, Plott T. Ciclopirox TS Investigators. A multicenter, open-label study to assess the safety and efficacy of ciclopirox topical suspension 0.77% in the treatment of diaper dermatitis due to Candida albicans. *J Drugs Dermatol*, 2005;4:29-34.
2. Hoeger PH, Stark S, Jost G. Efficacy and safety of two different antifungal pastes in infants with diaper dermatitis: a randomized, controlled study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2010;24:1094-1098.
3. Herbst R. Perineal streptococcal dermatitis/disease: recognition and management. *Am J Clin Dermatol*, 2003;4:555-560.
4. Meury SN, Erb T, Schaad UB *et al.* Randomized, comparative efficacy trial of oral penicillin versus cefuroxime for perianal streptococcal dermatitis in children. *J Pediatr*, 2008;153:799-802.
5. Šterbenc A, Seme K, Lah LL *et al.* Microbiological characteristics of perianal streptococcal dermatitis: a retrospective study of 105 patients in a 10-year period. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat*, 2016;25:73-76.
6. Olson D, Edmonson MB. Outcomes in children treated for perineal group A beta-hemolytic streptococcal dermatitis. *Pediatr Infect Dis J*, 2011;30:933-936.
7. St Georgiev V. Chemotherapy of enterobiasis (oxyuriasis). *Expert Opin Pharmacother*, 2001;2:267-275.
8. Hubiche T, Schuffenecker I, Boralevi F *et al.* Dermatological spectrum of hand, foot and mouth disease from classical to generalized exanthema. *Pediatr Infect Dis J*, 2014;33:e92-98.
9. Boralevi F, Diallo A, Miquel J *et al.* Clinical phenotype of scabies by age. *Pediatrics*, 2014;133:e910-916.
10. Lagier L, Mazereeuw-Hautier J, Raffin D *et al.* Société Française de Dermatologie Pédiatrique. Les dermites du siège du nourrisson. *Ann Dermatol Venereol*, 2015;142:54-61.

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

Dermatite atopique sévère de l'adulte : décryptage d'une vraie maladie

Sanofi Genzyme et l'Association Française de l'Eczéma s'engagent auprès des patients souffrant de dermatite atopique (DA) sévère afin d'améliorer significativement la vie des malades et de leur entourage. Ils présentent la 1re action nationale de sensibilisation qui repose sur 2 initiatives permettant de sortir cette maladie de l'ombre : l'étude eclA et la 1re campagne nationale de sensibilisation #MaPeauEstUnePrison (www.mapeauestuneprison.fr).

Le projet eclA a pour objectif d'apporter un éclairage et des données factuelles sur le fardeau lié à la DA en adoptant la méthodologie des études en vie réelle. Des auto-questionnaires ont été remplis par plus de 1 000 patients adultes, soit un échantillon robuste de la population touchée. Premier des principaux enseignements de cette étude : la DA sévère est une maladie à part entière, les patients présentent une très nette détérioration de la qualité de vie par rapport aux formes légères à modérées de la maladie. On note également l'impact important de la maladie sur la sexualité, avec une diminution du désir chez les patients et leur conjoint(e). Enfin, le coût de la maladie pour le patient est proportionnel à la sévérité de la dermatite atopique.

Dr J.N.

D'après un communiqué de presse des laboratoires Sanofi Genzyme