Revues générales

Dermatoses fréquentes du nouveau-né

RÉSUMÉ : En période néonatale, les pathologies dermatologiques sont sources d'inquiétude pour les soignants et les parents et représentent un enjeu diagnostic. Les dermatoses néonatales les plus fréquentes sont bénignes. Le dermatologue doit savoir les identifier pour adapter au mieux la prise en charge. L'objet de cet article est de rappeler les principaux diagnostics des dermatoses néonatales et leur spécificité.

M. E MARNIQUET-FABRE
Service de Dermatologie, CHU de BORDEAUX, CH de DAX.

Dermatoses transitoires pustuleuses néonatales

1. Érythème toxique

L'érythème toxique est bien connu des pédiatres en néonatologie car il survient chez 44 % des nouveau-nés [1]. Cette dermatose apparaît dès la première semaine de vie et serait le reflet du développement de l'immunité innée en réponse à la colonisation microbienne chez le nourrisson [2]. Cliniquement, il s'agit de maculo-papules érythémateuses mal limitées au tronc, surmontées parfois de pustules aseptiques. Rarement, dans les formes atypiques, on peut évoquer un diagnostic différentiel comme une infection bactérienne, une candidose cutanée congénitale (atteinte du siège, desquamation, atteinte des ongles) ou une infection herpétique (vesiculo-pustules en bouquet, altération de l'état général). Au moindre doute, il convient de réaliser un prélèvement bactériologique, mycologique ou viral d'une pustule, voire de débuter un traitement probabiliste. La résolution de l'érythème toxique est rapide sans traitement en quelques jours à 1 semaine.

2. Pustulose mélanique transitoire

La pustulose mélanique transitoire et l'érythème toxique sont deux dermatoses proches sémiologiquement et probablement de la même origine. Elle est plus fréquente chez les nouveau-nés de phototype foncé et survient dès la naissance. Elle se caractérise par des pustules isolées, souvent sans érythème périphérique, pouvant toucher tout le tégument. Les pustules disparaissent en laissant place à une macule pigmentée. Les macules pigmentées peuvent perdurer plusieurs mois puis disparaissent sans séquelle.

3. Pustulose céphalique

La pustulose céphalique se déclare plus tardivement, vers 1 mois de vie. Elle est la conséquence d'une colonisation par les levures de type *malassezia*. Elle est caractérisée par des papulopustules sur les zones séborrhéiques du visage débordant souvent sur le front et les joues (***fig. 1***). Une atteinte du tronc et des membres supérieurs est possible.

Fig. 1 : Pustulose céphalique. Service de dermatologie, CHU de Nantes.

PRURIGO NODULAIRE

DUPIXENT® (dupilumab)

DUPIXENT® 300 mg – Première et seule biothérapie approuvée* dans le traitement du prurigo nodulaire modéré à sévère de l'adulte qui nécessite un traitement systémique[1]

OUVREZ LE CHAMP DES POSSIBLES

DUPIXENT® 300 mg est indiqué dans le traitement du prurigo nodulaire modéré à sévère de l'adulte qui nécessite un traitement systémique

Non remboursable et non agréé aux collectivités à la date du 30/01/2023 (demande d'admission à l'étude).

Pour une information complète, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit DUPIXENT® disponible sur la base de données publique des médicaments : http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr ou en flashant le QR code.

DUPIXENT® est un médicament d'exception, respecter la Fiche d'Information Thérapeutique.

Liste I. Médicament soumis à prescription initiale hospitalière annuelle. Prescription initiale et renouvellement réservés aux spécialistes en dermatologie, en pneumologie, en médecine interne, en pédiatrie, en oto-rhino-laryngologie ou en allergologie.

* à la date du 30 janvier 2023

Références : 1. Résumé des Caractéristiques du Produit DUPIXENT®.

sanofi

Sanofi et Regeneron s'engagent dans le programme de développement et la commercialisation de DUPIXENT®

23/01/64627916/PM/017 – 7000041206 - 04/2023

Revues générales

L'évolution est spontanément favorable avec la disparition des lésions en quelques semaines. L'utilisation d'un antifongique local permet d'accélérer la guérison. Elle est fréquemment confondue avec l'acné néonatale, dont elle se distingue par l'absence de lésions rétentionnelles et l'absence de rôle hormonal.

4. Acné néonatale

L'acné néonatale résulte de la stimulation des glandes sébacées du nouveau-né par les androgènes de la mère. Elle présente les mêmes caractéristiques sémiologiques que l'acné juvénile à savoir des lésions rétentionnelles et inflammatoires. Elle peut être aggravée par l'utilisation de topiques occlusifs, inadaptés sur le visage des nouveau-nés. La prise de traitement par la mère pendant la grossesse, tel que le lithium, peut être pourvoyeur d'acné néonatale. L'évolution est spontanément favorable sans traitement [3]. Cette dermatose reste rare comparée à l'acné du nourrisson.

Dermites du siège

Les dermites du siège sont la conséquence de l'incontinence néonatale et de l'immaturité de la barrière cutanée du nourrisson [4].

1. Dermite irritative

La dermite irritative résulte d'un contact des urines et des selles sur la peau en occlusion. Les lésions sont érythémateuses, voire érosives, et prédominent sur les convexités, siège des frottements de la couche sur la peau. Elles dessinent un "W" en position allongée, en respectant le fond des plis (***fig. 2***). La fréquence des changes, voire l'utilisation d'une crème barrière, est la clé de la prise en charge de cette dermatose.

2. Dermite candidosique

La macération dans les plis, induite par le contact prolongé des urines et des selles, est le milieu privilégié pour la multiplication de *candida albicans*. L'érythème forme cette fois un "Y", bien qu'il puisse surinfecter une dermite irritative ou une autre dermatose et donc perdre cette topographie. La région périanale est souvent la plus touchée, le *candida albicans* étant commensal du tube digestif. Sémiologiquement, on peut retrouver un enduit blanchâtre et des petites pustules en bordure de l'érythème. Le traitement passe par les mêmes soins du siège que la dermite irritative, auxquels on ajoute un traitement local antifongique, type ciclopiroxolamine ou imidazolé [5].

Fig. 2 : Dermite irritative du siège en W. Service de dermatologie, CHU de Nantes.

3. Dermatite séborrhéique

L'atteinte bipolaire (tête et siège) de cette dermatose en fait un diagnostic souvent aisé. L'atteinte peut être limitée au niveau des plis (inguinaux, du cou, rétro auriculaire et axillaire) mais aussi plus étendue sur l'ensemble du siège et de la tête. Les lésions sont érythémato-squameuses, psoriasiformes sur la tête, avec une atteinte des plis souvent très fissuraire et suintante et des fines squames en périphérie. Les antifongiques locaux ou les dermocorticoïdes modérés peuvent être proposés. La résolution se fait classiquement en 1 mois avec ou sans traitement [6]. Le caractère impressionnant de cette dermatose nécessite une réassurance des parents.

4. Soins du siège

Les soins du siège sont primordiaux, quelle que soit la dermite du siège [7]. La fréquence des changes avant saturation, idéalement toutes les deux heures (environ 10 fois par jour), est un élément protecteur vis-à-vis des irritations du siège. On préférera des produits lavants surgras, en pharmacie, toujours rincés en raison de la plus grande perméabilité de la peau des nouveau-nés, d'autant plus si elle est irritée. Les topiques de type pâte à l'eau ont pour fonction de renforcer la barrière cutanée contre les agressions mécaniques et chimiques. Les changes jetables semblent être la méthode à privilégier pour lutter contre les dermites du siège [8]. Actuellement, leur coût élevé ainsi que leur impact négatif sur l'environnement sont des freins à leur utilisation. Les couches lavables représentent une alternative "à la mode" mais sont probablement moins absorbantes et à l'origine de dermite de macération papulonodulaire du siège [9].

Anomalies vasculaires néonatales

1. Hémangiomes infantiles

Les hémangiomes infantiles sont les tumeurs vasculaires bénignes les plus fréquentes du nourrisson. Ces tumeurs peuvent être superficielles, profondes ou mixtes. Elles apparaissent dans les premiers jours de vie, bien que les formes superficielles soient souvent visibles dès la naissance sous forme d'une zone érythémateuse avec télangiectasies, entourée d'un halo de vasoconstriction (***fig. 3***). L'évolution est stéréotypée avec une phase de croissance jusqu'à 6 mois, une phase de plateau jusqu'à 12 à 18 mois puis une résolution lente jusqu'à 4 à 6 ans. Si 80 % des hémangiomes ne sont pas traités, un traitement à initiation hospitalière, le propranolol, peut être proposé selon des indications précises. Les principales indications sont le risque de séquelles esthétiques (ex : visage), l'ulcération (ex : hémangiome du siège) (***fig. 4***), le risque vital (ex : hémangiome de la glotte), le risque fonctionnel (ex : hémangiome des lèvres). Un score d'aide à l'adressage est

Fig. 3 : Hémangiome superficiel à 1 jour de vie puis à 3 semaines de vie. Service de dermatologie, CHU de Nantes.

Fig. 4 : Hémangiome superficiel volumineux ulcéré du siège. Service de dermatologie, CHU de Nantes.

disponible en ligne (IHReS : *The infantile hemangioma referral score*) [10]. La fenêtre thérapeutique se situe entre 5 semaines et 5 mois. Le traitement précoce des hémangiomes infantiles permet une meilleure efficacité, notamment sur les séquelles esthétiques.

Les hémangiomes à disposition segmentaire se compliquent plus fréquemment d'ulcération et doivent faire rechercher une malformation sous-jacente (ex : syndrome PHACE).

2. Malformations capillaires (ou angiomes plans)

Les malformations capillaires (MC) sont les malformations vasculaires les plus fréquentes [11]. Les MC se traduisent par une macule érythémateuse (rosée clair à rouge foncé) aux contours nets. L'évolution des MC est variable, on note fréquemment un éclaircissement initial les premiers mois de vie, puis elles peuvent s'hypertrophier et devenir plus foncées à l'âge adulte. La taille et les localisations sont variables.

La majorité des malformations capillaires sont isolées. Cependant, un examen attentif de l'ensemble du tégument est nécessaire pour ne pas méconnaître un syndrome associé. Par exemple, en cas d'angiome plan sur un membre inférieur, une inégalité de longueur de membre doit être recherchée au cours de la croissance (syndrome de Klippel-Trenaunay). Certaines caractéristiques de l'angiome plan peuvent aussi alerter sur une forme syndromique, comme son caractère segmentaire sur le visage (syndrome de Sturge-Weber).

On distingue les malformations capillaires centrofaciales aussi appelées *naevus flammeus* ou tâche saumonée, se manifestant par des taches rosées localisées principalement sur les paupières, la glabelle et le front, parfois descendant sur le nez et le philtrum. Ces dernières sont transitoires et disparaissent dans les premiers mois de vie.

Dermatite atopique

Les premiers symptômes de la dermatite atopique (DA) peuvent être très précoces et survenir dans les premières semaines de vie. Elle est la première manifestation des maladies du spectre de l'atopie. Sa prise en charge doit être précoce afin d'établir un lien de confiance avec les parents. Les lésions cutanées sont caractérisées par un érythème mal limité, finement squameux, suintant. Le prurit est souvent absent dans la première année de vie et ne doit pas être discriminant pour le diagnostic. La localisation initiale est souvent céphalique puis sur la face d'extension des membres et du tronc. Elle se complique parfois d'une surinfection staphylococcique se traduisant cliniquement par des croûtes mélicériques.

Le diagnostic est clinique. Les antécédents atopiques familiaux doivent être recherchés mais ne sont pas systématiquement retrouvés. Il n'est pas indiqué de réaliser des tests allergologiques en première intention. Les intolérances aux protéines du lait de vache se manifestent classiquement par des troubles digestifs et une cassure de la courbe staturopondérale, voire parfois une urticaire mais rarement un eczéma.

La prise en charge est proche de celle des DA de l'enfant et doit inclure une éducation thérapeutique précoce. Elle est double avec, d'une part le traitement des plaques d'eczéma par une corticothérapie locale, et d'autre part l'hydratation quotidienne de l'ensemble du tégument par une crème émolliente [12]. Le dermatologue doit systématiquement rechercher une corticophobie chez les parents. La réassurance, l'explication et la démonstration des soins seront à l'origine du succès de la prise en charge des poussées d'eczéma. Les thérapeutiques systémiques ont aujourd'hui une AMM chez l'enfant (dupilumab), mais n'ont pas encore de place dans la prise en charge de la dermatite atopique du nourrisson.

Revues générales

POINTS **FORTS**

- Les pustuloses transitoires du nouveau-né sont fréquentes et bénignes. Elles sont le reflet de l'adaptation de la peau du nouveau-né à son environnement.
- Les dermites du siège présentent des spécificités sémiologiques permettant d'orienter le diagnostic et d'adapter les soins locaux.
- Les hémangiomes infantiles éligibles à un traitement par propranolol doivent rapidement être orientés vers un centre hospitalier.
- La dermatite atopique débute parfois dans les premières semaines de vie. La prise en charge de cette maladie chronique doit inclure systématiquement une éducation thérapeutique.
- Chez le nouveau-né, l'impétigo est fréquemment bulleux, secondaire à une infection à *staphylococcus aureus*.
- La gale du nouveau-né présente une topographie singulière. Le nouveau-né est parfois le seul symptomatique dans la famille, ce qui en fait un élément clé pour le diagnostic.

Impétigo

L'impétigo est une infection cutanée superficielle de l'épiderme qui peut survenir dès les premiers jours de vie. Chez le nouveau-né, il est plus fréquemment dû à *staphylococcus aureus* que *streptococcus pyogenes*. Les formes bulleuses sont fréquentes et caractérisées par des bulles flasques et des érosions post bulleuses (***fig. 5***). Les foyers infectieux périnataux sont l'ombilic ou encore une plaie obstétricale. Chez le nouveau-né, des prélèvements bactériologiques avec culture peuvent être réalisés de principe. Le diagnostic différentiel des formes bulleuses comprend la mastocytose, les infections cutanées virales ou les maladies bulleuses auto-immunes. Le traitement associe des soins locaux (nettoyage doux à l'eau et au savon, pas d'antiseptique nécessaire) à un traitement antibiotique *per os* par de l'amoxicilline-acide clavulanique en suspension buvable pédiatrique (80 mg/kg/j, en trois prises/jour pendant 7 jours) [13]. Il conviendra d'éviter tout adhésif sur la peau dans les formes bulleuses pour éviter une aggravation des lésions.

Fig. 5 : Impétigo bulleux du nouveau-né. Service de dermatologie, CHU de Nantes.

Gale

La gale est une maladie ubiquitaire causée par un acarien, *sarcoptes scabiei hominis*. Elle peut toucher le nouveau-né dès les premières semaines de vie. La transmission de l'acarien est postnatale, le plus souvent par la mère. La gale touche fréquemment le nouveau-né du fait de la promiscuité avec les différents membres de la famille et l'immaturité de la barrière cutanée. Le phénotype clinique de la gale varie selon l'âge [14]. La gale du nourrisson et celle de l'enfant

Fig. 6 : Sillon scabieux sur la joue d'un nouveau-né. Service de dermatologie, CHU de Nantes.

Fig. 7 : Multiple nodules chez un nourrisson. Service de dermatologie, CHU de Nantes.

partagent des signes et des localisations spécifiques (sillons palmoplantaires, nodules axillaires, atteinte du visage, du cuir chevelu, du dos de l'avant-pied) (***fig. 6 et 7***). Les vésicules et les pustules sont plus fréquemment observées chez les nourrissons et les enfants (***fig. 8***). Une étude rapporte que la gale représente 6 % des diagnostics parmi les éruptions pustuleuses des nourrissons [15]. On les trouve surtout sur la plante des pieds et la paume des mains ou dans les espaces interdigitaux. Le prurit n'est pas un signe discriminant chez le nourrisson. Le traitement associe un antiparasitaire local, benzoate de benzyl à partir de 1 mois et perméthrine à partir de 2 mois, à un traitement antiparasitaire de l'environnement. Une étude rétrospective française sur 170 nourrissons et enfants rapporte

Fig. 8 : Acropustulose palmoplantaire dans un contexte de gale. Service de dermatologie, CHU de Nantes.

l'efficacité de l'ivermectine *per os* chez le nourrisson à partir de 1 mois avec une tolérance correcte [16]. Le traitement de l'ensemble des sujets contacts, symptomatiques ou non, est indispensable. Les rechutes sont fréquentes chez l'enfant, soit du fait d'un traitement mal réalisé ou d'une recontamination.

BIBLIOGRAPHIE

1. Liu C, Feng J, Qu R *et al.* Epidemiologic study of the predisposing factors in erythema toxicum neonatorum. *Dermatology*, 2005;210:269-72.
2. Marchini G, Nelson A, Edner J *et al.* Erythema toxicum neonatorum is an innate immune response to commensal microbes penetrated into the skin of the newborn infant. *Pediatr Res*, 2005;58:613-616.
3. Schachner La, Eichenfield L, Andriessen A *et al.* Consensus on Neonatal Through Preadolescent Acne. *J Drugs Dermatol*, 2020;19:592-600.
4. Lagier L, Mazereeuw-Hautier J, Raffin D *et al.* [Diaper dermatitis]. Ann Dermatol *Venereol*, 2015;142:54-61; quiz 53, 62.
5. 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.
6. Victoire A, Magin P, Coughlan J *et al.* Interventions for infantile seborrhoeic dermatitis (including cradle cap). *Cochrane Database Syst Rev*, 2019;3:CD011380.
7. Schachner L, Andriessen A, Benjamin L *et al.* The importance of skincare for neonates and infants: an algorithm. *J Drugs Dermatol*, 2021;20:1195-1205.
8. Baer EL, Davies MW, Easterbrook KJ. Disposable nappies for preventing napkin dermatitis in infants. *Cochrane Database Syst Rev*, 2006:CD004262.
9. Maruani A, Lorette G, Barbarot S *et al.* Re-emergence of papulonodular napkin dermatitis with use of reusable diapers: report of 5 cases. *Eur J Dermatol*, 2013;23:246-249.
10. Léauté-Labrèze C, Baselga Torres E, Weibel L *et al.* The infantile hemangioma referral score: a validated tool for physicians. *Pediatrics*, 2020;145:e20191628.
11. Sadick M, Müller-Wille R, Wildgruber M *et al.* Vascular anomalies (part I): classification and diagnostics of vascular anomalies. *Rofo*, 2018;190:825-835.
12. Horimukai K, Morita K, Narita M *et al.* Application of moisturizer to neonates prevents development of atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol*, 2014;134:824-830.e6.
13. Haute Autorité de Santé - Prise en charge de l'impétigo [Internet]. [cité 10 janvier 2023] : https ://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-08/fiche_memo_impetigo_durees_antibiotherapies.pdf.
14. Boralevi F, Diallo A, Miquel J *et al.* Clinical phenotype of scabies by age. *Pediatrics*, 2014;133:e910-916.
15. Nanda S, Reddy Bsn, Ramji S *et al.* Analytical study of pustular eruptions in neonates. *Pediatr Dermatol*, 2002;19:210-215.
16. Levy M, Martin L, Bursztejn AC *et al.* Ivermectin safety in infants and children under 15 kg treated for scabies: a multicentric observational study. *Br J Dermatol*, 2020;182:1003-1006.

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

SYMPOSIUM
VENDREDI 20 OCTOBRE 2023 – 12 H 45 – 14 H 00

Salle Dragonnier 3

JRD

Au-delà de la peau : vivre avec une dermatose inflammatoire chronique
Regards croisés du dermatologue, du sexologue et du psychiatre

Avec la participation des Drs Coline JAULENT (Dermatologue, Lyon), Catherine SOLANO (Sexologue, Paris), Philippe NUSS, (Psychiatre, Paris)

Avec le soutien de abbvie