Mensuel
Mai 2025
Cahier 2

réalités

n° 287

PÉDIATRIQUES

Compte rendu du symposium A-DERMA – 26es JIRP
Palais des Congrès de Versailles – Jeudi 20 mars 2025

Cas cliniques en DERMATOLOGIE PÉDIATRIQUE, Ne pas passer à côté d'une urgence…

Rédaction : Dr S. Mallet

Ce document est un compte rendu et/ou résumé des communications de réunions scientifiques dont l'objectif est de fournir des informations sur l'état actuel de la recherche. Ainsi, les données présentées sont susceptibles de ne pas avoir été validées par les autorités françaises et ne doivent pas être mises en pratique. Ce compte rendu a été réalisé sous la seule responsabilité de l'auteur et du directeur de la publication qui sont garants de l'objectivité de cette publication.

Édition réalisée avec le soutien du Laboratoire LABORATOIRE A-DERMA

réalités PÉDIATRIQUES

JIRP

LABORATOIRE A-DERMA

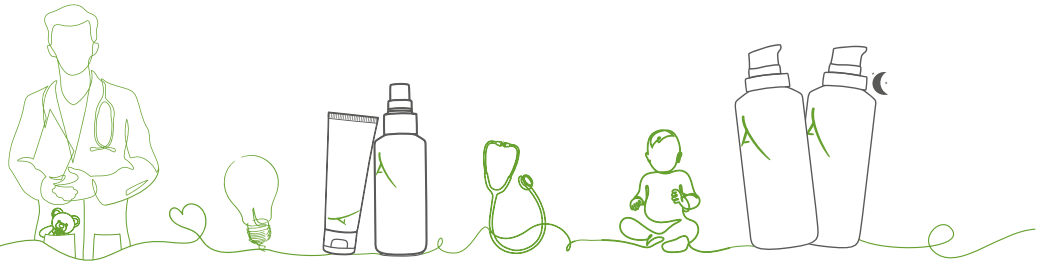
vous invitent à voir ou revoir *en différé* la retransmission du symposium organisé dans le cadre des **26es JIRP**

Cas cliniques en **dermatologie pédiatrique**

Ne pas passer à côté d'une urgence...

Échanges autour de **cas cliniques** avec la participation des :

- **Dr Brigitte MILPIED**, Dermato-allergologue (Hôpital Saint-André – Bordeaux)
- **Dr Stéphanie MALLET**, Dermato-pédiatre (Hôpital de La Timone – Marseille)
  Vice Présidente de la SFDP
- **Dr Fabienne CAHN SELLEM**, Pédiatre (Puteaux)
  Directrice générale de AFPA R&D



Cette retransmission est accessible sur le site :

https://adermajirp.realites-pediatriques.com

Retransmission réservée aux professionnels de santé. Inscription obligatoire.

Cas cliniques en DERMATOLOGIE PÉDIATRIQUE, Ne pas passer à côté d'une urgence…

RÉDACTION : DR S. MALLET
Dermatologue à l'hôpital de la Timone, MARSEILLE.

Ce symposium a été consacré aux urgences dermatologiques de l'enfant, centré sur des situations cliniques à ne pas méconnaître, car fréquentes ou potentiellement graves. Nos experts ont exploré un large éventail de pathologies infectieuses, inflammatoires et auto-immunes, en soulignant les signes d'alerte et les critères de gravité guidant l'orientation diagnostique et thérapeutique.
Un focus particulier a été porté sur les éruptions maculo-papuleuses d'origine médicamenteuse, souvent banalisées mais parfois révélatrices de toxidermies sévères, nécessitant une anamnèse précise et une vigilance accrue.

Intervention du Dr Fabienne Cahn-Sellem, pédiatre à Puteaux
(Directrice générale de l'Association française de pédiatrie ambulatoire – AFPA)

Varicelle compliquée chez le nourrisson

La varicelle est généralement bénigne, mais certaines formes peuvent se compliquer (***encadré I***), notamment chez les nourrissons de moins de 1 an, contaminés par la fratrie. Une fièvre élevée persistante, des lésions cutanées douloureuses, un enfant grognon ou abattu doivent alerter le pédiatre. Les complications cutanées, neurologiques ou pulmonaires ne sont pas exceptionnelles. Une surinfection bactérienne, notamment à streptocoque A, doit être suspectée devant des lésions érythémateuses extensives et douloureuses. Le diagnostic peut être confirmé par un écouvillonnage des lésions grâce à un TROD (le même que pour les angines). Le traitement repose alors sur une antibiothérapie adaptée, comme l'amoxicilline à 60 mg/kg/j.

- Fièvre persistante ou élevée (> 39 °C)
- Lésions cutanées douloureuses, érythémateuses
- Altération de l'état général, pleurs inhabituels
- Apparition secondaire de zones inflammatoires étendues
- Suspicion de surinfection bactérienne : faire un streptotest sur les lésions

Encadré I : Quand suspecter une varicelle compliquée ?

La prévention passe notamment par la vaccination. En France, celle-ci n'est pas encore systématique mais recommandée dans certains cas (immunodépression, adolescents et adultes sans antécédents de varicelle, professionnels de santé non immunisés). De nombreux pédiatres militent pour une généralisation de cette vaccination dès l'âge de 1 an.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Haute Autorité de Santé. Vaccination contre la varicelle – Recommandations. 2021.
- Frère J, Bidet P, Tapiéro B *et al.* Clinical and microbiological characteristics of invasive group A streptococcal infections before and after implementation of a universal varicella vaccine program. *Clin Infect Dis,* 2016;62:75-77.

Ulcère vulvaire aigu non sexuellement transmis (ulcère de Lipschutz)

Cette entité rare mais impressionnante concerne souvent des adolescentes pubères sans antécédent particulier ni activité sexuelle (***encadré II***). Elle se manifeste brutalement par des douleurs vulvaires intenses, une dysurie, une gêne à la marche et parfois une fièvre modérée. L'examen retrouve un ou plusieurs ulcères nécrotiques bien limités sur les petites lèvres, avec base fibrineuse et bordure érythémateuse (***fig. 1***). Il n'y a

- Survenue brutale chez l'adolescente, souvent sans activité sexuelle
- Douleur intense, parfois dysurie ou boiterie
- Ulcère bien limité, nécrotique, non vésiculeux
- Évolution favorable sous traitement symptomatique

Encadré II : Ulcère de Lipschutz : points clés.

Fig. 1 : Examen vulvaire : présence d'un ulcère nécrotique bien limité sur les petites lèvres, base fibrineuse, bords érythémateux.

généralement pas d'écoulement ni de vésicules associées comme dans les infections bactériennes ou herpétiques. Le diagnostic est clinique et repose sur l'exclusion d'autres causes, notamment infectieuses ou traumatiques. Elle est souvent consécutive à une infection virale, notamment EBV.

La prise en charge est purement symptomatique : antalgiques y compris de palier 2, soins locaux, et parfois repos. L'évolution est spontanément favorable en quelques jours à une semaine.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Lipschütz B (1912) Über eine eigenartige Geschwürsform des weiblichen Genitales (Ulcus vulvae acutum). *Arch Dermatol Syph,* 114:363-339.
- Vismara SA, Lava SAG, Kottanattu L *et al.* Lipschutz's acute vulvar ulcer: a systematic review. *Eur J Pediatr*, 2020;179:1559-1567.

Intervention du Dr Stéphanie Mallet, dermatologue à l'hôpital de la Timone à Marseille
(Vice-Présidente de la Société française de dermatologie pédiatrique)

Lupus néonatal

Le lupus néonatal est une affection rare liée au passage transplacentaire d'anticorps maternels anti-SSA/Ro et/ou anti-SSB/La (***encadré III***). Il se manifeste classiquement entre 2 et 6 mois par des lésions cutanées transitoires, typiquement annulaires, souvent localisées au visage, notamment en région périorbitaire (aspect en "lunettes") . Les lésions peuvent s'étendre au cuir chevelu, au tronc ou aux extrémités. Elles sont exacerbées par l'exposition solaire. Des séquelles pigmentaires ou atrophiques peuvent persister après la régression des lésions.

La complication la plus redoutée est l'atteinte cardiaque, observée dans environ 10 % des cas : il s'agit d'un bloc auriculo-ventriculaire (BAV) congénital, souvent définitif, pouvant mettre en jeu le pronostic vital si complet. Un dépistage par échographie fœtale (entre 15 et 25 SA) est recommandé en cas de grossesse si la mère est déjà connue porteuse d'anticorps anti-SSA.

Le diagnostic repose sur l'aspect clinique des lésions, la sérologie maternelle et celle de l'enfant. Un bilan biologique recherchera une thrombopénie, une cytolyse hépatique ou une anémie, chacune de ces manifestations peut être isolée.

La prise en charge repose sur des soins locaux (dermocorticoïdes) et surtout la photoprotection stricte. L'évolution cutanée est favorable, avec disparition des lésions vers 4 à 6 mois. Un suivi pédiatrique est recommandé pour surveiller la résolution des lésions et l'apparition éventuelle d'autres signes évocateurs de lupus ou d'autres maladies auto-immunes, même si rarement associés. Un suivi spécifique est également requis pour les grossesses ultérieures de la maman du fait du risque de BAV fœtal.

- Survenue chez un nourrisson de moins de 6 mois
- Lésions cutanées annulaires, souvent périorbitaires ("en lunettes"), déclenchées par l'exposition solaire
- Rechercher anticorps anti-SSA/Ro et anti-SSB/La chez la mère et l'enfant
- Complication redoutée : BAV congénital (10 % des cas)
- Suivi du bébé (bilan biologique, évolution des lésions)
- Surveillance des grossesses ultérieures de la maman

Encadré III : Lupus néonatal : points pratiques à retenir.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Cimaz R, Duquesne A. Le lupus néonatal. *Arch Pediatr*, 2006;13:473-478.
- Izmirly P, Saxena A, Buyon JP. Progress in the pathogenesis and treatment of cardiac manifestations of neonatal lupus. *Curr Opin Rheumatol*, 2017;29:467-472.
- Izmirly PM, Llanos C, Lee LA *et al.* Cutaneous manifestations of neonatal lupus and risk of subsequent congenital heart block. *Arthritis Rheum*, 2010;62:1153-1157.

Hémangiomes infantiles à risque

La majorité des hémangiomes infantiles (HI) sont bénins et régressifs, mais certains présentent des risques particuliers nécessitant une évaluation spécialisée précoce (***encadré IV***). On distingue plusieurs types de risques associés aux HI :
– **risque vital :** HI "en barbe" avec risque d'atteinte laryngée, ou HI multiples avec atteinte hépatique massive et/ou symptomatique (insuffisance cardiaque, hypothyroïdie) ;
– **risque fonctionnel :** région péri orbitaire essentiellement (risque d'amblyopie) ;
– **risque d'ulcération :** particulièrement douloureuse, favorisé par la macération (fréquent dans les plis ou sous la couche) mais aussi pour les HI segmentaires ;

- Identifier les HI à risque : vital, fonctionnel, douloureux, séquelles esthétiques ou anomalies morphologiques associées
- Rechercher les syndromes PHACES et PELVIS/SACRAL/LUMBAR en cas de HI segmentaire de l'extrémité céphalique ou du périnée
- Prescrire imagerie adaptée selon suspicion de PHACES (IRM cérébrale et des troncs supra aortiques, ETT et bilan ophtalmologique) ou PELVIS/SACRAL/LUMBAR (échographie abdomino-pelvienne et IRM médullaire).
- Utiliser le score IHReS pour guider l'orientation

Encadré IV : Hémangiomes infantiles : points pratiques à retenir.

– risque de séquelle mutilante avec retentissement esthétique majeur : notamment dans les localisations péri orificielles, en particulier sur le visage ;
– risque d'anomalies structurelles associées : les HI segmentaires peuvent révéler des syndromes malformatifs complexes comme les syndromes PHACES ou PELVIS/SACRAL/LUMBAR.

Le syndrome PHACES (malformation de la fosse Postérieure, Hémangiome facial segmentaire, Anomalies artérielles cérébrales, Cardiopathie, anomalies oculaires et Sternales) peut associer un HI étendu segmentaire de la face à des malformations cérébrales ou cardiaques. Une angio-IRM cérébrale et des troncs supra-aortiques, une échographie cardiaque et un bilan ophtalmologique sont indiqués.

Le syndrome PELVIS (hémangiome du Périnée, malformations génitales Externes, Lipomyéloméningocèle, anomalies Vésico-rénales, Imperforation anale, et anomalies dermatologiques, *Skin* en anglais), appelé également **SACRAL** (*Spinal dysraphism, Anogenital, Cutaneous, Renal and urologic anomalies, associated with an Angioma of Lumbosacral localization*) ou **LUMBAR** (*Lower body hemangioma and other cutaneous defects, Urogenital anomalies, Ulceration, Myelopathy, Bony deformities, Anorectal malformation and Arterial anomalies, Renal anomalies*) est évoqué devant un HI segmentaire étendu du siège (***fig. 2***). Des anomalies de la moelle, du tractus urinaire ou digestif doivent être éliminées. Une échographie abdomino-pelvienne et une IRM médulaire sont nécessaires. L'échographie médullaire ne peut remplacer l'IRM pour éliminer un dysraphisme occulte.

Le score IHReS (*Infantile Hemangioma Referral Score*) est un outil simple pour aider les praticiens à déterminer si un HI nécessite une orientation vers un centre expert. Il se base sur la taille, la localisation, les signes de complications et les risques évoqués ci-dessus.

Fig. 2 : Hémangiome infantile segmentaire débutant.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Léauté-Labrèze C, De la Roque E, Hubiche T *et al.* Propranolol for severe hemangiomas of infancy. *N Engl J Med*, 2008;358:2649-2651.
- Metry D, Heyer G *et al.* Consensus Statement on Diagnostic Criteria for PHACE Syndrome. *Pediatrics*, 2009;124:1447-1456.
- http://www.ihscoring.com

Intervention du Dr Brigitte Milpied, dermato-allergologue à l'hôpital Saint-André à Bordeaux

Les éruptions maculo-papuleuses de l'enfant

1. Connaître les médicaments à risque

Les éruptions cutanées liées aux médicaments sont fréquentes en pédiatrie, souvent banalisées, mais parfois révélatrices de toxidermies graves (***encadré V***). Il est donc essentiel pour les pédiatres de connaître les molécules les plus fréquemment impliquées. Une étude montre que près de 10 % des parents suspectent une allergie médicamenteuse chez leur enfant, alors que moins de 10 % des cas sont confirmés par les tests allergologiques. La confusion avec des exanthèmes viraux est fréquente.

- Éruptions médicamenteuses fréquentes, mais rares cas réellement allergiques
- Ne pas confondre avec les exanthèmes viraux
- Risque accru avec certains antiépileptiques et antibiotiques
- Un médicament peut donner plusieurs types de toxidermies
- Surveillance étroite dans les premières semaines d'introduction

Encadré V : EMP médicamenteuses : points pratiques à retenir.

Les molécules à haut risque incluent :
– les antiépileptiques : notamment ceux à noyau aromatique comme la lamotrigine, la carbamazépine, le phénobarbital et les hydantoïnes ;
– les antibiotiques : pénicillines, céphalosporines, sulfamides ;
– d'autres agents : allopurinol, anti-inflammatoires non stéroïdiens, antirétroviraux, vancomycine.

Un même médicament peut induire différents types de toxidermies, de la plus bénigne (exanthème maculo-papuleux simple) à la plus sévère (DRESS, syndrome de Stevens-Johnson, nécrolyse épidermique toxique). La vigilance doit être particulièrement accrue dans les 2 à 4 premières semaines de traitement, période à risque de survenue de ces réactions graves.

2. Infections *vs* toxidermies

Les éruptions maculo-papuleuses (EMP) sont fréquentes en pédiatrie. Elles sont le plus souvent d'origine virale, mais peuvent aussi révéler une toxidermie médicamenteuse. La distinction est parfois difficile et repose sur la chronologie, la topographie et le contexte (***encadré VI***).

Les EMP infectieuses apparaissent classiquement au décours d'une fièvre, sont souvent localisées initialement au visage et aux extrémités. Les lésions sont habituellement monomorphes et la fièvre présente. Elles sont généralement

- EMP de l'enfant : majoritairement d'origine virale
- Topographie évocatrice : visage et extrémités pour l'infectieux, tronc pour la toxidermie
- EMP médicamenteux : délai typique 4-14 jours après exposition
- Attention au prurit et à l'extension rapide des lésions
- Surveiller l'évolution pour exclure un DRESS ou un Stevens-Johnson/Lyell

Encadré VI : EMP : points pratiques à retenir.

bénignes et ne nécessitent qu'un traitement symptomatique.

Les EMP d'origine médicamenteuse surviennent typiquement 4 à 14 jours après l'introduction du médicament. Les lésions prédominent sur le tronc et les racines des membres, avec un prurit souvent marqué (***fig. 3***). La fièvre est peu élevée ou absente. L'évolution est favorable à l'arrêt du médicament suspect, mais une surveillance est nécessaire pour dépister une progression vers une toxidermie sévère.

Fig. 3 : EMP de l'enfant.

3. Comment raisonner devant un EMP et repérer les signes de gravité ?

Face à une éruption de type EMP, la démarche repose d'abord sur un interrogatoire précis : antécédents, liste complète des médicaments administrés (y compris phytothérapie, huiles essentielles), frise chronologique des prises médicamenteuses, signes associés (atteinte muqueuse, AEG, fièvre élevée, prurit ou douleur cutanée) (***encadré VII***).

Les éléments d'alerte doivent être rapidement identifiés :
– altération de l'état général ;
– fièvre > 38,5 °C ;
– œdème facial ou des extrémités ;
– atteinte muqueuse ;
– hépatosplénomégalie ou adénopathies ;
– éosinophilie ou cytolyse hépatique.

- Bien interroger : médicaments, chronologie, signes associés
- Repérer les signes d'alerte : AEG, œdèmes, fièvre, atteinte muqueuse
- Prescrire un bilan si doute : NFS, bilan hépatique, CRP
- Ne pas hésiter à adresser à un spécialiste ou hospitalisation

Encadré VII : EMP de l'enfant : conduite à tenir.

Un bilan biologique est justifié en présence de signes d'alerte. Une hospitalisation peut être nécessaire en cas de doute diagnostique ou de suspicion de toxidermie sévère.

4. La maladie de Kawasaki

La maladie de Kawasaki est une vascularite aiguë fébrile du jeune enfant, souvent confondue avec une virose ou une toxidermie aux premiers jours de présentation. Elle survient en général chez l'enfant de moins de 5 ans et constitue une urgence diagnostique en raison du risque de complications coronariennes (***encadré VIII***).

- Vascularite aiguë du nourrisson et du jeune enfant, parfois trompeuse
- Fièvre prolongée + signes muco-cutanés évocateurs
- Importance du diagnostic précoce pour prévenir les anévrismes coronariens
- Traitement par IgIV + aspirine dès la phase aiguë
- Échographie cardiaque systématique et suivi cardiologique prolongé

Encadré VIII : Maladie de Kawasaki : points pratiques à retenir.

Le diagnostic est essentiellement clinique. Les critères classiques comprennent : une fièvre persistante depuis plus de 5 jours et au moins quatre des cinq signes suivants : conjonctivite bilatérale non purulente, érythème des lèvres ou de la langue (aspect framboisé), éruption polymorphe, adénopathies cervicales (au moins un ganglion de diamètre ≥ 1,5 cm) et desquamation ou œdème des extrémités.

Des formes incomplètes existent, notamment chez les nourrissons, rendant le diagnostic plus difficile. Une biologie évocatrice (inflammation marquée, cytolyse hépatique, thrombocytose, hyponatrémie) peut soutenir l'hypothèse. Une échographie cardiaque est indispensable dès la suspicion, pour détecter d'éventuelles anomalies coronariennes (dilatation, anévrisme).

Le traitement repose sur l'administration précoce d'immunoglobulines intraveineuses (IgIV) et d'aspirine à dose anti-inflammatoire. Il permet de réduire de façon significative le risque d'atteinte coronarienne. Un suivi cardiologique est nécessaire à distance pour surveiller les coronaires.

MEMENTO

LÉSIONS CUTANÉES SUINTANTES
"Ce qu'il faut retenir"

DES BESOINS COMMUNS À TOUTES CES LÉSIONS

Les lésions cutanées suintantes nécessitent une attention de soin particulière afin de limiter leur aggravation, apaiser rapidement les patients et réduire le risque de surinfection et de récidives.

Nettoyer en douceur

- Le nettoyage quotidien doit se faire avec de l'eau tiède et un savon dermatologique ou un syndet respectant le pH physiologique de la peau, pour ne pas altérer davantage la fonction barrière de l'épiderme.
- La douche est à privilégier par rapport au bain pour limiter la macération.

Assécher délicatement

- L'objectif est de supprimer toute humidité favorisant la macération, et ainsi limiter la chronicité et la surinfection.
- Cela doit se faire à l'aide d'une serviette propre ou d'une compresse après la toilette en tamponnant. Le frottage est proscrit pour ne pas intensifier l'inflammation.
- L'application d'un spray asséchant favorise le séchage optimal des lésions

Apaiser

- Réduire l'inflammation et le prurit associé permet de réduire le risque de surinfection lié au grattage et d'améliorer la qualité de vie des patients.

Prévenir la surinfection et le risque de chronicisation

- Une prise en charge adaptée et rapide ainsi que l'élimination des facteurs favorisants diminuent le risque de complications.
- L'information des patients et de leur entourage optimise le traitement.

QUELLE EST LA PLACE DES ANTISEPTIQUES ?

L'intérêt de l'utilisation systématique des antiseptiques dans la prise en charge des dermatoses suintantes est discuté, notamment par rapport au risque d'intolérance qu'ils représentent (irritations, allergies).

Leur prescription dans ce cadre est donc à évaluer au cas par cas, selon chaque situation clinique.

Réalités Pédiatriques – n° 287 – Mai 2025 – Cahier 2
Éditeur : Performances Médicales – 65, rue d'Aguesseau – 92100 Boulogne-Billancourt
Numéro de commission paritaire : 0127 T 81118 – ISSN : 1266 – 3697 – Directeur de la publication : T. Klein
Imprimerie : espaceGrafic – Mutilva Baja – Espagne – Photo de couverture : ©Mistervlad@shutterstock.com

LABORATOIRE
A-DERMA

CYTELIUM
Spray asséchant

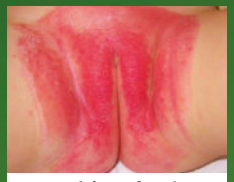
APAISE ET RÉPARE[1]

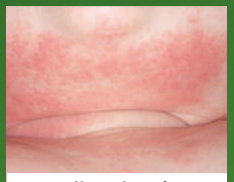
N°1★
SPRAY APAISANT REPARATEUR

-94%
de macérations dès 3 jours★★

APAISE
le prurit immédiatement

Varicelle★★★


Erythème fessier sujet à macération


Plis sujets à macération

- 7 ingrédients seulement 99% d'origine naturelle
- Visage, corps et zones intimes externes

1. Étude clinique réalisée chez 32 sujets. 2 à 3 applications par jour pendant 15 jours.
★ Source Gers – CA en valeur – en CF à fin décembre 2024.
★★ Étude réalisée sur 32 sujets (nourrissons, enfants, adultes) multi-indications. Évaluation des signes cliniques physiques par l'évaluateur sur les 20 adultes. 2 à 3 applications/jour. p<0.001 vs T0.
★★★ En association avec un antiseptique.

TOUTE LA PUISSANCE RÉGÉNÉRATRICE
DE L'AVOINE **RHEALBA®**