

ABREVIATIONS

AGA	:	Acides Gras Essentiels
DA	:	Dermatite Atopique
DSI	:	Dermite Séborrhéique Infantile
HALD	:	Hôpital Aristide Le Dantec
HEAR	:	Hôpital d'Enfant Albert Royer
IHS	:	Institut d'Hygiène Social
PNN	:	Polynucléaires Nucléaires Neutrophiles
TPHA	:	Treponema Pallidum Hemagglutinations Assay
VDRL	:	Venereal Diseases Research Laboratory

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Physiopathologie de l'érythème fessier	4
Figure 2 : Répartition des nourrissons en fonction du site de recrutement	15
Figure 3 : Répartition en fonction de l'âge	16
Figure 4 : Répartition en fonction de la forme clinique	21
Figure 5 : Dermite érythémateuses (A : Aspect en W, B : aspect en Y ; C : aspect en culotte, D : papulo-érosive)	23
Figure 6 : Dermite érythémateuses (E : granulome glutéal, F : Dermite irritative avec des séquelles de varicelle)	24
Figure 7 : Dermite érythémato-érosive avec une surinfection candidosique ...	24
Figure 8 : Eczéma du siège et eczéma nummulaire du dos	25
Figure 9 : Eczéma de type Lucky Luke	25
Figure 10 : Psoriasis inversé avec des lésions à distance	26
Figure 11 : Psoriasis inversé (A : au dos, B : retro-auriculaire et au cou, C : au siège avec une poudre de phytothérapie)	26
Figure 12 : Dermite séborrhéique (A : cuir chevelu surinfecté, B : cuir chevelu, C et D : diffus)	27
Figure 13 : Dermite séborrhéique du visage	28
Figure 14 : Dermite séborrhéique et dermatite atopique	28
Figure 15 : Dermite de siège associée à une acropustulose	29
Figure 16 : Acrodermatite entéropathique	29
Figure 17 : Répartition des traitements reçus avant la consultation dermatologique	32

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition selon l'itinéraire des nourrissons	17
Tableau II : Répartition des nourrissons en fonction du terrain et des signes fonctionnels.....	18
Tableau III : Répartition des lésions élémentaires.....	19
Tableau IV : Répartition en fonction de la topographie.....	20
Tableau V : Répartition en fonction du diagnostic étiologique	22
Tableau VI : Examens complémentaires.....	30
Tableau VII : Dermatoses associées	31
Tableau VIII : Répartition des traitements en fonction du diagnostic.....	34
Tableau IX : Satisfaction du traitement par les mères	35
Tableau X : Relation entre le terrain et les formes cliniques	35
Tableau XI : Relation entre la topographie et le type de Dermite de siège	36
Tableau XII : Relation entre le nombre de changes et les formes cliniques....	36

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	2
I. PHYSIOPATHOLOGIE DE L'ERYTHEME FESSIER.....	3
II. FORMES CLINIQUES DE L'ERYTHEME FESSIER	4
III. LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES	8
IV. SOINS DES CHANGES.....	9
DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE	11
I. OBJECTIFS.....	12
II. METHODES	12
III. RESULTATS	15
DISCUSSION	37
CONCLUSION.....	43
RECOMMANDATIONS	46
REFERENCES.....	48
ANNEXES	60
TABLE DES MATIERES	61

INTRODUCTION

Le siège est une zone de fragilité car exposée à des conditions particulières. De nombreuses dermatoses infantiles s'y localisent de façon préférentielle notamment l'érythème fessier.

L'érythème fessier du nourrisson ou la dermite des couches est un terme médical non spécifique pour décrire une série de symptômes apparaissant dans la région fessière et génito-crurale causée par une série de réactions inflammatoires cutanées chez l'enfant dès la 3^{ème} semaine de vie jusqu'à 30 mois.

C'est la dermatose la plus fréquente chez le nourrisson avec un pic de fréquence entre 6 et 12 mois [8, 9, 23, 24]. Il s'agit d'un motif constant de consultation chez le dermatologue et/ou le pédiatre voire même le gynécologue.

Son épidémiologie estimée en France entre 10 à 15% des motifs de consultation s'est modifiée avec le temps avec la quasi-disparition de certaines entités comme le syndrome de Leiner-Moussous [30]. En Afrique les données sont insuffisantes ; néanmoins une étude sur les dermatoses du nourrisson à Dakar en 2009 avait retrouvé une fréquence de consultation des dermites fessières de 5,1% [1].

Malgré les améliorations faites dans la conception des couches jetables, la prévalence et la sévérité de l'érythème fessier reste élevées. Il nous a donc paru judicieux de mener une étude prospective dans des services de dermatologie dont les objectifs étaient les suivants :

- Décrire les aspects épidémiologiques et cliniques de l'érythème fessier d'une part et, d'autre part,
- D'évaluer les prises en charges thérapeutiques et l'évolution de ces affections afin de promouvoir la santé du nourrisson.

PREMIERE PARTIE :
REVUE DE LA LITTERATURE

I. PHYSIOPATHOLOGIE DE L'ERYTHEME FESSIER

Le développement et l'efficacité de la peau sont proportionnels à la composition en lipides et à l'épaisseur de la couche cornée qui augmente avec l'âge gestationnel [8, 9, 24]. L'épiderme d'un nouveau-né de 34 semaines d'aménorrhée ou plus est grossièrement semblable à celui de l'adulte, à la différence que l'absorption percutanée est plus importante du fait d'un rapport surface/poids plus grand, avec donc un plus grand risque de passage systémique de substances toxiques. Les crêtes interpapillaires épidermiques sont peu développées, expliquant une plus grande vulnérabilité cutanée aux traumatismes (frictions, abrasions...). Le pH de la peau à la naissance est neutre ou alcalin (proche de 7), ce qui la rend plus sensible aux infections, puis décroît rapidement dans les 4 premières semaines de vie pour atteindre 5 - 5,5. [8, 9, 16, 24].

La physiopathologie de l'érythème fessier est complexe et multifactorielle et résulte de l'interaction de plusieurs facteurs liés au port de couches [16, 24]:

- Effet occlusif : qui favorise l'hyperhydratation et la macération de la couche cornée, altérant ainsi sa fonction barrière et rendant la peau plus vulnérable aux autres facteurs d'agression ;
- Frottements de la peau contre la couche;
- Exposition aux urines : qui aggrave l'humidité et modifie le pH cutané (l'urée contenue dans l'urine est transformée en ammoniacque par les uréases fécales) ;
- Exposition aux fèces : contenant entre autres sels biliaires, protéases et lipases dont l'activité, optimisée par l'augmentation du pH, va augmenter la perméabilité cutanée ;
- Prolifération de micro-organismes dans cet environnement chaud et humide maintenu par les couches ;
- Application de produits irritants ;

- Carence en oligo-éléments et vitamines nécessaires à la synthèse des Acides Gras Essentiels (AGE : acide linoléique et arachidonique). Ces AGE jouent un rôle dans la cohésion de la couche cornée et la prévention de la perte d'eau

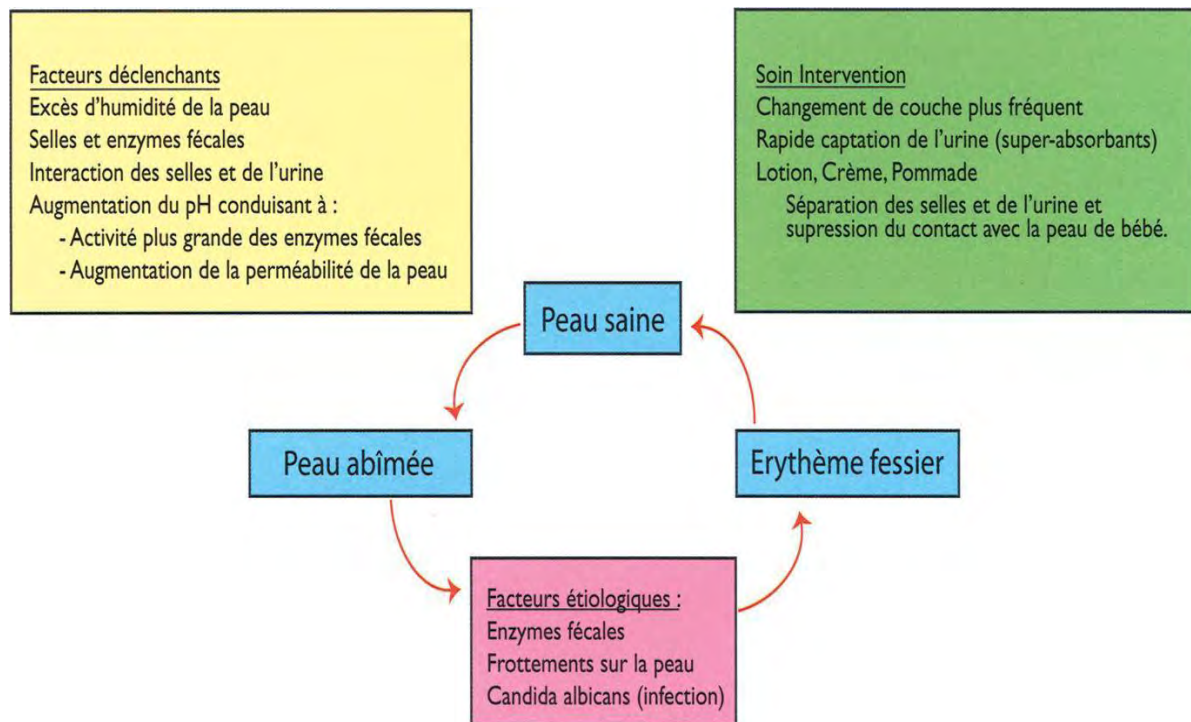


Figure 1 : Physiopathologie de l'érythème fessier [8].

II. FORMES CLINIQUES DE L'ERYTHEME FESSIER

Il est difficile de typer un érythème fessier, car les formes cliniques sont variées, différentes selon l'étiologie, mais également selon le stade évolutif. A un stade évolué, une topographie « en culotte », peut être notée. Cependant, le plus souvent, la topographie initiale des lésions (plis ou zones convexes), et le reste de l'examen cutané, phanérien, muqueux et général associée à l'anamnèse, permettent d'orienter le diagnostic [30]. STAMATAS GN et al. [49] ont établi une classification clinique de l'érythème fessier en 7 stades de 0 à 3 (aucun à sévère) par l'enregistrement quotidien de l'état de la peau du nourrisson (parents) selon le pourcentage de surface cutanée atteinte associé ou non à la

présence d'autres lésions élémentaires comme l'érosion, des papules, pustules, desquamation...

Les causes les plus fréquentes des dermites de siège sont :

II.1. Dermite des convexités ou Dermite d'irritation

La classique dermite en **W** représente la forme la plus commune des dermites du siège; elle est plus fréquente chez la fille (**fig5 A**). Elle épargne, au départ, les plis inguinaux et la zone périnéale. La surface peut être brillante, finement ridée ou érosive.

La présentation des dermites du siège irritatives est variable :

- Erythémateuse,
- Papuleuse, ou papulo-érosive dite « syphiloïde de Sevestre et Jacquet ». Ces formes correspondent à un stade évolutif plus avancé que le stade érythémateux. La colonisation microbienne cutanée (Staphylocoque, entérobactéries) y est souvent abondante.
- Nodulaire, appelée encore « granulomes glutéaux infantiles », bien qu'ils soient dépourvus d'infiltrat granulomateux en microscopie optique. Leur description est toujours associée à des états de forte macération : couches lavables ou occlusion notamment [30].
- Vésiculo-pustuleuse, anciennement appelée « Dermite vésiculeuse de Parrot ». Elle est due à la présence de colonies microbiennes à *Staphylococcus aureus* en particulier. Il n'y a pas de fièvre.

Ces différentes formes cliniques font partie du même spectre de dermites irritatives, mais n'en constituent pas obligatoirement des stades successifs.

II.2. Dermites des plis (intertrigo) ou dermite à macération prédominante

A la phase d'état, les plis inguinaux et le pli interfessier sont touchés, réalisant la dermite en Y.

Il peut s'agir de l'extension d'une dermite périforificielle, ou d'une atteinte ayant d'emblée débuté dans les plis comme les dermites infectieuses ou la dermite séborrhéique. La présence de *Candida albicans* est fréquente.

Les étiologies des Dermites des plis peuvent être :

- Une mycose du siège : Elle est favorisée par la chaleur, la rétention sudorale d'une part mais également par l'utilisation de produits cosmétiques gras pour la toilette et par une fréquence de changement de couches insuffisante.
- Une anite streptococcique : Il s'agit d'une infection à streptocoque β hémolytique qui réalise dans sa forme typique, en une dermo-hypodermite aiguë périanale. Le diagnostic n'est souvent pas évoqué, et les formes a minima existent, d'où l'intérêt de prélèvements bactériologiques au moindre doute [30].
- D'autres infections bactériennes : A *Staphylococcus aureus* ou, plus rarement, à *Pseudomonas aeruginosa*...
- Des maladies éruptives : inflammatoires ou infectieuses

II.3. Dermatoses inflammatoires du siège

Elles résultent surtout des perturbations des mécanismes innés de défense immunologiques de la peau. Il peut s'agir d'un psoriasis ou d'un eczéma du siège, ou encore d'une dermite séborrhéique du siège ou bipolaire.

II.3.1. Le psoriasis du siège ou psoriasis des langes ou encore «psoriasis inversé »

C'est la forme la plus fréquente de psoriasis chez l'enfant de moins de deux ans [30]. Il débute sous forme d'intertrigos inguinaux et inter-fessiers puis évolue en 2 phases : Soit localisé au siège avec une limite nette, ou disséminé sur la face interne des cuisses. Le diagnostic est clinique. Le psoriasis du siège évoluerait vers un psoriasis plus étendu dans 5 à 25% des cas [30].

II.3.2. L'eczéma du siège

Encore appelé eczéma de contact du siège peut être lié à une allergie à un des produits appliqués ou à un constituant des couches, ou à un eczéma atopique. L'eczéma de contact en « Lucky Luke » est celle où les lésions sont présentes sur les zones en contact avec les élastiques des couches, liées à une hypersensibilité à un allergène des constituants de ces élastiques [30].

II.3.3. La dermite séborrhéique du siège

Elle est généralement associée à une atteinte du cuir chevelu, du visage et des plis. Elle est précoce, débutant dans les trois premiers mois de vie. Le fond des plis est occupé par des plaques bien délimitées, recouvertes de squames grasses. L'érythème peut s'étendre jusqu'à évoluer vers une érythrodermie forme de Leiner-Moussous.

II.4. Les dermites de siège associées à une maladie générale

L'acrodermatite entéropathique et l'histiocytose langerhansienne sont les deux maladies générales auxquelles il faut particulièrement penser face à un érythème fessier atypique ou réfractaire aux traitements classiques.

II.4.1. L'acrodermatite entéropathique

C'est une maladie génétique rare, de transmission autosomique récessive. Elle correspond à un déficit en zinc causé par un défaut d'absorption intestinale de

l'oligo-élément. Celui-ci est dû à une anomalie quantitative, fonctionnelle ou structurelle du transporteur intestinal du zinc, Zinc-Binding Ligand Protein 4 (ZIP), protéine produite par le pancréas et codée par le gène *SLC39A4*, dont plusieurs mutations ont été mises en évidence [30].

La pseudo-acrodermatite entéropathique comporte la même présentation clinique, mais est due à une carence d'apport en zinc, et non à une anomalie du transporteur.

II.4.2. L'histiocytose langerhansienne

Elle peut se présenter sous la forme d'un intertrigo chronique et extensif, comprenant des lésions érosives et papuleuses, pouvant être purpuriques, des plis inguinaux, des plis rétro-auriculaires, du cuir chevelu et parfois du tronc [30]. La biopsie cutanée est nécessaire pour confirmer le diagnostic. Le diagnostic d'histiocytose langerhansienne impose un bilan d'extension (recherche de localisations extra-cutanées osseuses, médullaires, hépatospléniques, pulmonaires, cérébrales, etc.).

III. LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

La plupart des diagnostics des dermites de siège est clinique. Cependant dans les formes chroniques, récidivantes ou particulières, certains examens sont nécessaires :

- Le prélèvement mycologique, avec examen direct et culture en milieu de Sabouraud, permet de confirmer une suspicion de surinfection mycologique le plus souvent à *Candida albicans*. Le résultat sera toujours confronté à la clinique, mais la majorité des dermites fessières se surinfectent spontanément après 72 heures d'évolution [49] ;
- Le prélèvement bactériologique avec examen direct et culture en milieux aéro-anaérobies est indiqué en plus dans les suspicions d'anite streptococcique ou de dermite à pyocanique. Cependant, là encore, une

colonisation par le staphylocoque doré est fréquente sans qu'il soit la cause de la dermite au départ ;

- En fonction de la symptomatologie, seront réalisés :
 - Une coproculture avec examens parasitologique, mycologique et bactériologique des selles,
 - Un examen cytot bactériologique des urines,
 - Des tests allergologiques devant la suspicion d'un eczéma de contact; [1]
 - Une biopsie cutanée dans les formes chroniques non étiquetées, dans les dermites atypiques évoquant une maladie plus générale [30].

IV. SOINS DES CHANGES

Les soins lors des changes de l'érythème fessier reposent avant tout sur la suppression de la macération et la réduction des frottements [8, 9, 23, 24, 40].

Ils doivent être effectués en 3 étapes :

- D'abord les soins du siège : après chaque selle, nettoyer les fesses du bébé le plus vite possible et changer la couche selon les règles classiques d'avant en arrière ; effectuer une toilette douce à l'eau tiède, avec un produit d'hygiène sans savon, en faisant attention à enlever toutes les traces de selles entre les plis et rincer soigneusement ; sécher minutieusement la peau par tamponnement tout particulièrement les plis cutanés ; et laisser bien sécher si possible avant de remettre une autre couche.
- Ensuite la protection de la peau par application régulière d'une émulsion hydratante, ce qui permettra une diminution significative de l'incidence de l'érythème fessier du nourrisson ; renouveler à chaque changement de couche, l'application d'une crème protectrice cutanée, qui joue un rôle de barrière, protégeant à court terme la peau des agressions extérieures.

- Et enfin l'utilisation des couches : changer les couches fréquemment dès l'émission de selles ou d'urines et choisir des couches non allergisantes, bien tolérées par le bébé.

DEUXIEME PARTIE :
NOTRE ETUDE

I. OBJECTIFS

I.1. Objectif général

L'objectif de notre étude était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques des érythèmes fessiers et d'évaluer la prise en charge thérapeutique et évolutif afin de contribuer à la promotion de la santé du nourrisson à travers une amélioration du diagnostic.

I.2. Objectifs spécifiques

Plus spécifiquement, il s'agissait de :

1. Déterminer la fréquence hospitalière de l'érythème fessier,
2. Répertorier leurs différentes étiologies, grâce aux facteurs généraux, aux lésions élémentaires et aux examens complémentaires,
3. Prendre en charge les érythèmes fessiers et,
4. Formuler des recommandations

II. METHODES

II.1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans les 3 Etablissements Publics de Santé (EPS) de référence dans la prise en charge des pathologies dermatologiques que sont :

- Le Service de Dermatologie de l'Hôpital Aristide Le Dantec (HALD),
- Le Service de Dermatologie de l'Institut d'Hygiène Social (IHS) de Dakar,
- Les Consultations de Dermatologie de l'Hôpital d'Enfant Albert Royer (HEAR) de Fann.

II.2. Type, population et période d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale et analytique menée auprès de tous les nourrissons venus consultés dans les 3 structures sanitaires retenues. Tous les nourrissons sélectionnés ont été concernés par l'enquête à chaque fois que la mère a donné son consentement libre et éclairé.

La collecte des données a été faite sur une période de 7 mois allant du 1^{er} Octobre 2015 au 30 Avril 2016. Les données étaient recueillies à l'aide d'un questionnaire (annexe 1) adressé aux mères.

II.3. Analyse des données

Les données ont été recueillies par nous même et les médecins consultants. Ces données ont été saisies dans le logiciel Sphinx puis analysées par le logiciel SPSS version 20.0.

Nous avons calculé les proportions que nous avons comparées grâce au test du khi 2 selon la validité. Nous avons retenu un p significatif au seuil $< 0,05$.

II.4. Sélection des patients

➤ Critères d'inclusion

Les malades inclus dans notre étude étaient des enfants âgés de 1 à 30 mois qui présentaient un érythème fessier au moment de leur consultation après accord par un consentement éclairé de la mère.

➤ Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans notre étude les nourrissons déjà suivis pour une dermite de siège et ceux dont les mères n'étaient pas consentantes.

II.5. Déroulement pratique de l'étude

Les malades ont été sélectionnés selon les critères d'inclusion préétablis durant la consultation dermatologiques sur les 3 sites.

Le diagnostic étiologique était basé sur :

- L'anamnèse : qui recherchait l'âge du nourrisson en mois au moment de la consultation, le sexe, le début ou la durée de l'érythème fessier, les signes associés tels qu'une fièvre, ou une diarrhée, voire une atopie...
- Les lésions élémentaires identifiées grâce à un examen clinique complet minutieux,
- Les examens complémentaires effectués dans 2 cas : une notion de fièvre et une suspicion de maladie générale associées.
- La prise en charge était faite au cas par cas : avec des antifongiques (lait, crème, lotion) pour les dermites irritatives, infectieuses et inflammatoires ; des dermocorticoïdes de classe III et IV (crèmes, pommades) pour les dermites inflammatoires, des émollients en crème ou en baume pour les cas de xérose ; des antibiotiques (crème, pommade, sirop) dans les cas de surinfections ; des antihistaminiques (sirop) en cas de prurit intense et du zinc en supplémentation chez tous les nourrissons qui avaient une pseudo acrodermatite entéropathique. Tout cela accompagnée d'une éducation thérapeutique sur les soins des changes : nettoyage à l'eau et au savon simple du siège et séchage par tamponnement, augmentation du nombre de change en fonction de l'âge et choix de changes non allergisants pour le bébé.
- L'évolution du traitement a été appréciée dans un délai minimum de 2 à 3 semaines voire 1 mois. Elle a été jugée satisfaisante cliniquement sur la constatation d'une régression de plus de 50% de l'érythème et des lésions associées.

III. RESULTATS

III.1.Epidémiologie

III.1.1. Lieux de recrutement

Dans notre étude le recrutement s'est fait sur 3 sites (HALD, IHS, HEAR) et nous avons obtenus les résultats ci-dessous représentée dans la figure 2 :

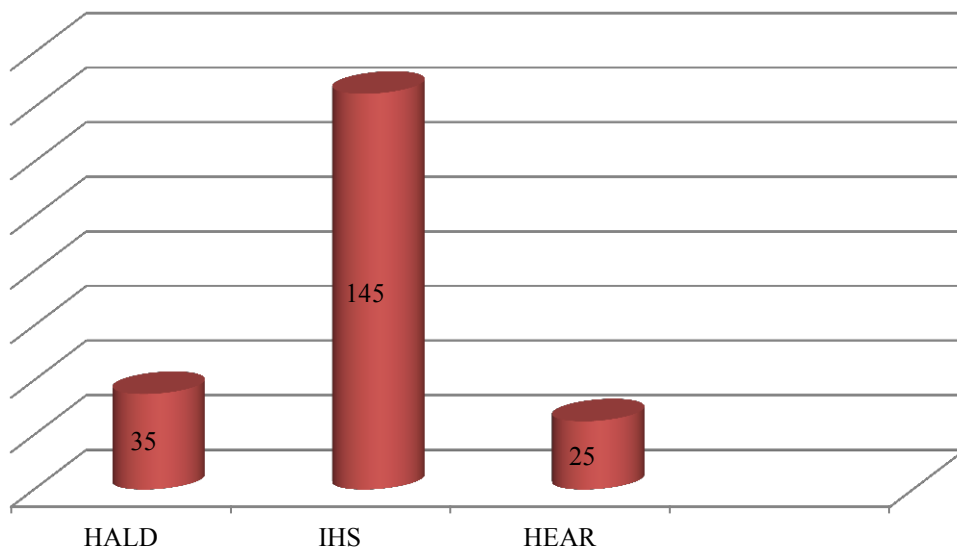


Figure 2 : Répartition des nourrissons en fonction du site de recrutement

III.1.2. Fréquence hospitalière

Au niveau des trois sites confondus, 924 nourrissons ont été consultés parmi lesquels 205 présentaient un érythème fessier soit une fréquence hospitalière de 22,18%.

III.1.3. Répartition selon la zone géographique

Les nourrissons étaient originaires de zone urbaine (196/205) dans 95,6% des cas et de zone rurale (9/205) dans 4,4% des cas.

III.1.4. Répartition selon le sexe

Dans notre étude nous avons trouvé 104 nourrissons de sexe masculin (50,7%) et 101 de sexe féminin (49,3%) soit un sex ratio de 1,02.

III.1.5. Répartition selon l'âge

L'âge des nourrissons présentant un érythème fessier était compris entre 1 et 30 mois avec une moyenne d'âge de 8,49 mois. Le pic de fréquence était noté dans la tranche d'âge de moins de 6 mois pour 94 des cas (45,85%) (Figure 3).

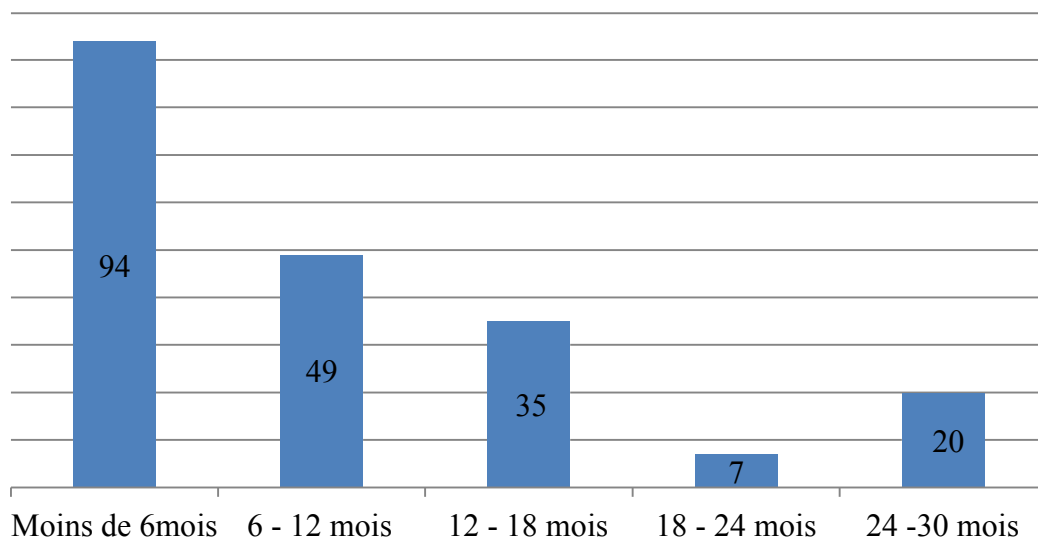


Figure 3 : Répartition en fonction de l'âge

III.2. Etude clinique descriptive

III.2.1. Itinéraire des patients

Tableau I : Répartition selon l'itinéraire des nourrissons

Professions	1 ^{ER} recours	2 ^{ème} recours
Sage-femme	13(6,34%)	1(0,5%)
Infirmier	50(24,39%)	1(0,5%)
Médecin généraliste	22(10,73%)	5(2,44%)
Gynécologue	0	1(0,5%)
Pédiatre	59(28,78%)	18(8,78%)
Dermatologue	61(29,75%)	179(87,32%)

Dans le parcours des malades, les nourrissons ont été consultés d'abord par un dermatologue dans 29,75% des cas et par un Pédiatre dans 28,78% des cas. Puis 179/205 des nourrissons (87,31%) avaient été vus par un dermatologue (Tableau I).

III.2.2. Répartition en fonction de la durée d'évolution de l'érythème

La durée moyenne d'évolution de l'érythème chez les nourrissons avant la consultation était de :

- Moins de 1 mois dans 71 cas (34,6%)
- Entre 1 et 2 mois dans 74 cas (36,1%)
- Plus de 2 mois dans 60 cas (29,3%)

III.2.3. Répartition en fonction du terrain et des signes fonctionnels

Tableau II : Répartition des nourrissons en fonction du terrain et des signes fonctionnels

Paramètres	Effectif (n=205)	Pourcentage (%)
Atopie		
Oui	87	42,4
Non	118	57,6
Diarrhée		
Oui	58	28,3
Non	147	71,7
Prurit		
Oui	77	37,6%
Non	128	62,4%

Les 42,4% des nourrissons avaient une notion d'atopie personnelle ou familiale et 28,3% d'entre eux, une diarrhée avant le début ou pendant les manifestations cliniques de l'érythème fessier. Le prurit était présent dans 37,6% des cas (Tableau II).

III.2.4. Répartition en fonction des lésions élémentaires.

Tableau III : Répartition des lésions élémentaires

Lésions élémentaires	Effectif (n=205)	Pourcentage(%)
Erythème	205	100%
Squames	91	44,40%
Macules hypochromiques	60	29,27%
Erosions	35	17,07%
Papules	17	8,29%
Croutes	16	7,80%
Vésicules	13	6,34%
Bulles	1	0,5%
Nodules	1	0,5%
Purpura	0	0,0%

STAMATAS GN et al. [49] ont établi une classification clinique de l'érythème fessier en 7 stades de 0 à 3 (aucun à sévère) par l'enregistrement quotidien de l'état de la peau du nourrisson (parents) selon le pourcentage de surface cutanée atteinte associé ou non à la présence d'autres lésions élémentaires comme l'érosion, des papules, pustules, desquamation...(Tableau III).

III.2.5. Répartition des lésions en fonction de la topographie

Tableau IV : Répartition en fonction de la topographie

Topographie	Effectif	Pourcentage (%)
Siège uniquement	43	21,0%
Aspect en W	23	11,2%
Aspect en Y	26	12,7%
Siège+lésions à distance	113	55,1%
<hr/>		
Topographie à distance		
Cuir chevelu	68	33,2%
Visage	40	19,5%
Plis	60	29,3%
Tronc	11	5,4%
Dos	6	2,9%
Diffus	17	8,3%
Autres	6	2,9%

Les nourrissons dans 55,1% des cas présentaient des lésions au siège et à distance ; les lésions à distance étaient localisées dans 33,2% des cas sur le cuir chevelu, 29,3% aux plis et 19, 5% des cas au visage (Tableau IV).

III.2.6. Répartition en fonction des formes cliniques

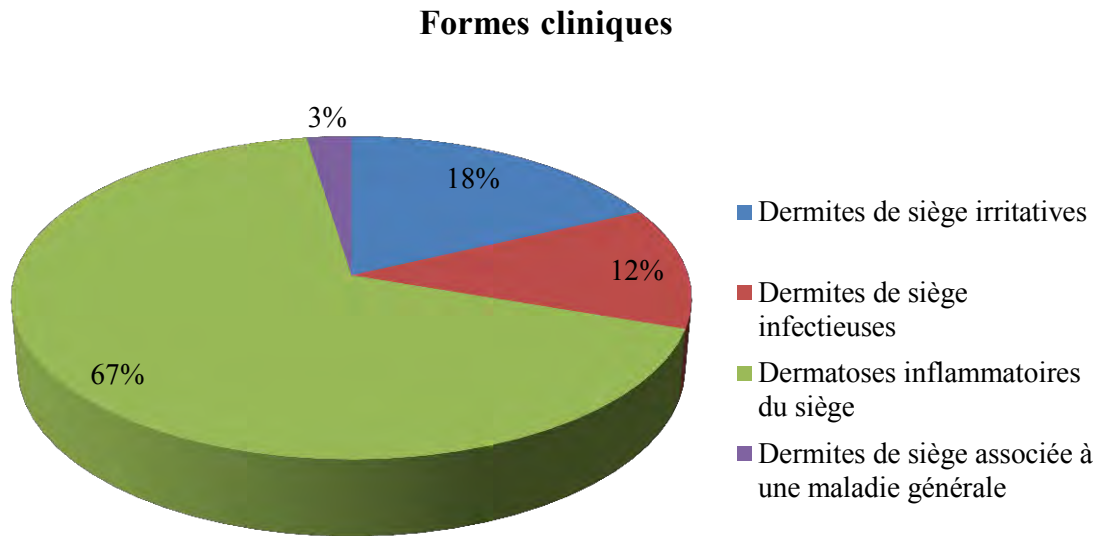


Figure 4 : Répartition en fonction de la forme clinique

67% des dermites de siège étaient d'origine Inflammatoire, 18% d'origine irritatives, 12% d'origine infectieuse et 3% associées à une maladie générale (Figure 4).

III.2.7. Répartition en fonction du diagnostic étiologique

Tableau V : Répartition en fonction du diagnostic étiologique

Formes cliniques	Etiologies	Effectif et Pourcentage
Dermites irritatives	Erythémateuse	33 (16,1%)
	Papulo-érosives	4 (2,0%)
	Vésiculo-pustuleuses	2 (1,0%)
Dermatoses inflammatoires	Dermite séborrhéique	106 (51,7%)
	Eczéma du siège	19 (9,3%)
	Psoriasis inversé	15 (7,3%)
	Mycose du siège	30 (14,6%)
Dermites infectieuses	Autres infections bactériennes	19 (9,3%)
	Maladies éruptives	4 (2,0%)
Dermites du siège associé à une maladie générale	Pseudo acrodermatite entéropathique	4 (2,0%)
	Maladie de Hirschprung	1(0,5%)

Nous avons observé 16,1% de dermites irritatives érythémateuses (Figure 5, 6, 7) ; 51,7% de dermites séborrhéiques (Figure 12, 13, 14) dont 3 cas de Leiner-Moussous ; 30 cas de mycoses (14,6%). Dans les dermites de siège associées à une maladie générale nous avons dénombré 4 cas De pseudo acrodermatite entéropathique et 1 cas de granulome glutéal associé à une maladie de Hirschprung (Tableau V)



A



B



C



D

Figure 5 : Dermites érythémateuses (A : Aspect en W, B : aspect en Y ; C : aspect en culotte, D : papulo-érosive)



E



F

Figure 6 : Dermite érythémateuse (E : granulome glutéal, F : Dermite irritative avec des séquelles de varicelle)



Figure 7 : Dermite érythémato-érosive avec une surinfection candidosique



Figure 8 : Eczéma du siège et eczéma nummulaire du dos



Figure 9 : Eczéma de type Lucky Luke



Figure 10 : Psoriasis inversé avec des lésions à distance



A



B



C

Figure 11 : Psoriasis inversé (A : au dos, B : retro-auriculaire et au cou, C : au siège avec une poudre de phytothérapie)



Figure 12 : Dermite séborrhéique (**A** : cuir chevelu surinfecté, **B** : cuir chevelu, **C** et **D** : diffus)



Figure 13 : Dermite séborrhéique du visage



Figure 14 : Dermite séborrhéique et dermatite atopique



Figure 15 : Dermite de siège associée à une acropustulose

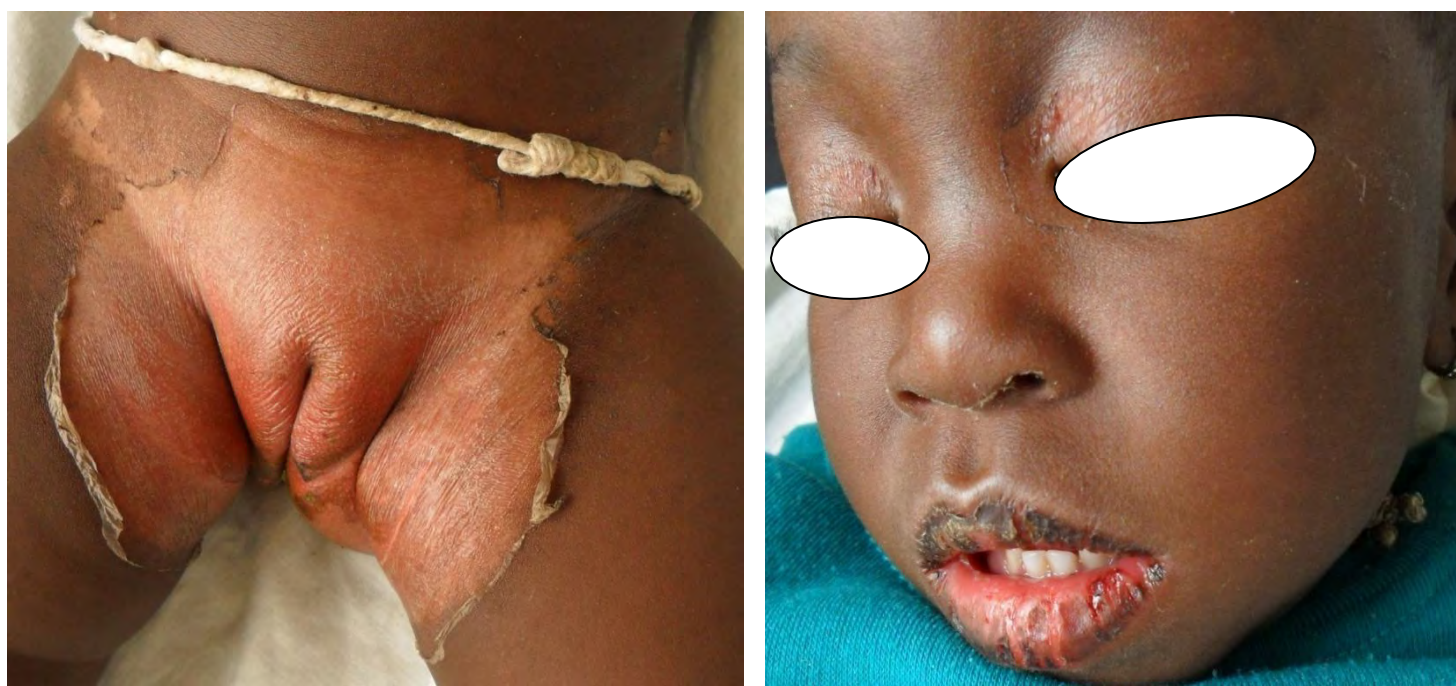


Figure 16 : Acrodermatite entéropathique

III.2.8. Les examens complémentaires

Au cours de notre étude 19 nourrissons ont présenté des surinfections bactériennes de leur dermite de siège parmi lesquels 5 ont effectués des examens complémentaires.

Tableau VI : Examens complémentaires

Patients	Diagnostic	Résultats
Patient 1	Syndrome infectieux	Hyperleucocytose à 18 000 éléments à PNN Anémie hypochrome microcytaire à 7,8 g/dl Vitesse de sédimentation accélérée à 30 à 1 ^{ère} H CRP à 92 mg
Patient 2	Acrodermatite 1	Hyperleucocytose à PNN Anémie normochrome microcytaire à 11,8g/dl Hypoprotidémie=55 Hypozincémie à 270µg/l (moins de 2,04 fois la normale)
Patient 3	Acrodermatite 2	Hypozincémie à 124µg/l (moins de 4,44 fois la normale)
Patient 4	Acrodermatite 3	Hypozincémie à 270µg/l (moins de 2,62 fois la normale)
Patient 5	Acrodermatite 4	Hypozincémie à 170µg/l (moins de 3,24 fois la normale)

Une hypozincémie a été notée chez 4 nourrissons (Tableau VI).

III.2.9. Les dermatoses associées

Au cours de notre étude, nous avons recensé 2 ou 3 affections dermatologiques associées qui sont :

Tableau VII : Dermatoses associées

Dermatoses associées	Effectif (n)
Dermite séborrhéique+Infection	11
Dermite érythémateuse +Infection	6
Dermite séborrhéique+Gale	5
Dermite séborrhéique+Candidose buccale	5
Eczéma+Infection	2
Dermite érythémateuse+Dermatophytie	1
Dermite érythémateuse+Dermite séborrhéique	1
Dermite érythémateuse+Psoriasis	1
Dermite érythémateuse+ Acropustulose	1
Dermite séborrhéique+Molluscum contagiosum	1
Eczéma+Gale	1

Nous avons noté 11cas de dermites séborrhéique infectées, 5 cas de dermites séborrhéiques associées à une candidose buccale (Figure VII)

III.3. Aspects cosmétiques et thérapeutiques

III.3.1. Soins après change

Les mères des nourrissons (93,7%) utilisaient des changes jetables qui n'étaient pas toujours de même marque. Dans 84,9% des cas, les changes étaient faits moins de 6 fois par jour. Les soins après les changes étaient faits avec des lingettes parfumées (44,4%) ou simplement avec de l'eau (42,0%).

III.3.2. Traitement reçu avant la consultation dermatologique

Les nourrissons avaient reçu comme traitement de première intention des antifongiques dans 33,2% des cas (Figure 17).

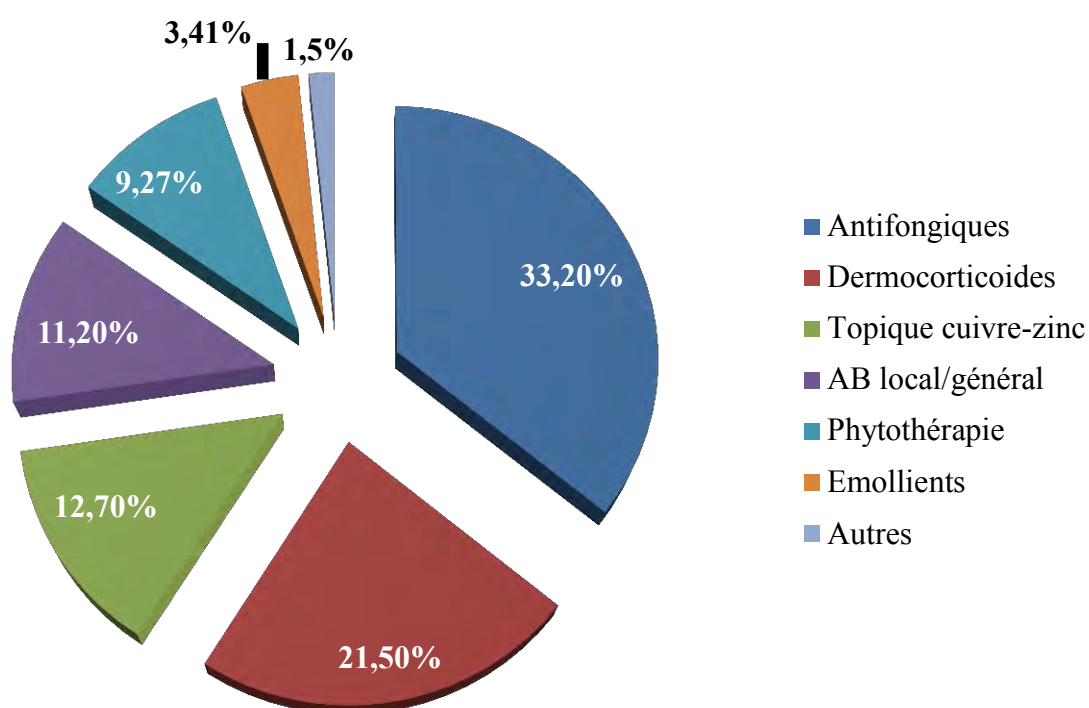


Figure 17 : Répartition des traitements reçus avant la consultation dermatologique

III.3.3. Traitement instauré en dermatologie

La prise en charge des différentes étiologies en dermatologie a consisté à prescrire d'abord un traitement spécifique adapté au cas puis à insister sur l'éducation thérapeutique

III.3.3.1. Education thérapeutique

Nous avons conseillé aux mères : de toujours nettoyer le siège après chaque selle et urine d'avant en arrière avec des savons doux, non parfumés, ou irritants ; puis de sécher minutieusement la peau par tamponnement tout particulièrement les plis cutanés, et de laisser bien sécher quelques minutes avant un nouveau change. Ensuite de renouveler, à chaque changement de couche, l'application d'une crème protectrice cutanée, qui joue un rôle de barrière, protégeant à court terme la peau des agressions extérieures. Nous avons aussi insisté sur l'arrêt de l'utilisation de produits contenant des irritants chimiques : lingettes, talc... ; sur l'augmentation du nombre de change en fonction de l'âge du nourrisson : 8-10 changes/jour pour un nourrisson de 0 – 2 mois ; 6 à 7 changes/jour pour un nourrisson de 2 – 24 mois et moins de 4 changes/jour pour un nourrisson de 24 mois et plus.

Enfin nous leur avons préconisées de choisir des couches non allergisantes, bien tolérées par le bébé.

III.3.3.2. Traitement spécifiques

Tableau VIII : Répartition des traitements en fonction du diagnostic

Traitement	DCI	Formes galéniques	Indications	Effectif
Antifongiques	Ciclopiroxolamine, Kétoconazole, Fenticonale, Sertaconazole, Nitrate d'éconazole, Miconazole)	Lait, Crème, Lotion	Dermites irritatives, Dermites infectieuses, Dermites inflammatoires,	201(98,1%)
Dermocorticoïdes classe III et IV	Bétaméthasone, Hydrocortisone 17-butyrate, Désonide	Crème Pommade	Dermites inflammatoires	113 (55,1%)
Emollients	Glycérol, vaseline, paraffine liquide	Crème, baume	Dermites inflammatoires	138 (67,3%)
Antibiotiques	Acide fusidique Josamycine Erytromycine Amoxi-acide clavulanique	Crème, pommade, suspension buvable	En cas de surinfection	19(9,3%)
Antihistaminiques	Méquitazine	Sirop	Prurit intense	77 (37,6%)
Zinc	Zinc	Cp	Acrodermatite entéropatique	4 (2%)
Autres	CREN			

Les traitements spécifiques prescrits étaient les suivants : Des antifongiques dans 98,1% des cas, des dermocorticoïdes, des antibiotiques... (Tableau VIII).

III.4. Aspects évolutifs

Tableau IX : Satisfaction du traitement par les mères

Satisfaction	Effectif (n=205)	Pourcentage (%)
Pas satisfait	1	0,5
Peu satisfait	4	2,0
Satisfait	115	56,1
Très satisfait	85	41,5

Au terme de notre étude (115/205) soit 56,1% des parents étaient satisfait de leur traitement en dermatologie.

III.5. Etude clinique analytique

Tableau X : Relation entre le terrain et les formes cliniques

Diagnostic	Atopie		p
	Oui	Non	
Dermite d'irritation	13 (14,95%)	9(10,34%)	p=0,17
Dermite infectieuse	18 (20,70%)	13(14,94%)	
Dermatoses inflammatoires	22 (25,30%)	13(14,94%)	
Dermite et maladies générales	5 (5,75%)	6(6,90%)	

Le test de Fischer (équivalent du Khi 2 pour de faibles effectifs) donne un $p=0,17$ donc non significatif.

Tableau XI : Relation entre la topographie et le type de dermite de siège

Topographie	Dermatoses inflammatoires		p
	Oui	Non	
Cuir chevelu	64 (56,64%)	4 (5,54%)	p=0,018
Visage	37 (32,74%)	3 (2,65%)	
Plis	55 (48,67%)	5 (4,42%)	
Tronc	10 (8,85%)	1 (0,88%)	
Dos	6 (5,30%)	0 (0,0%)	
Diffus	16 (14,16%)	1 (0,88%)	
Autres	5 (4,42%)	1 (0,88%)	

Les dermatoses de siège de type inflammatoire donnent des lésions à distance et cela est significatif (p=0,018).

Tableau XII : Relation entre le nombre de changes et les formes cliniques

Diagnostic	Nombres de change		p
	<6fois/jour	> 6fois/jour	
Dermite d'irritation	28 (13,65%)	9(4,39%)	p=0,6
Dermite infectieuses	20 (9,75%)	5(2,44%)	
Dermatoses inflammatoires	123 (60%)	15(7,32%)	
Dermite et maladies générales	3 (1,46%)	2(0,98%)	

Nous n'avons pas trouvé de différence significative entre les formes cliniques d'érythème fessier et le nombre de change (Tableau XII).

DISCUSSION

Notre étude a consisté à décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, et évalué les aspects thérapeutiques et évolutifs des érythèmes fessiers chez 205 nourrissons. Ces derniers ont été recrutés sur 3 sites de référence de consultations dermatologiques sur une période de 7 mois.

Les limites de notre étude étaient la non exhaustivité de notre recrutement, la rareté des publications, l'évolution du traitement apprécié en seulement 4 semaines et la non utilisation de l'échelle de likert.

Très fréquent, l'érythème fessier du nourrisson représente 10 à 15% des motifs de consultation [8, 9, 23, 24] voire 16 à 70% dans une récente étude américaine [14]. Sa prévalence se situait entre 30 et 50% en 2007 dans les pays industrialisés [14]. De nos jours elle est de 25% selon STAMATAS et al. [49] aux Etats Unis et de 25,9% [1] dans le mémoire d'AKOFA SIKA sur les dermatoses du nourrisson (1- 24mois) à Dakar en 2009. Dans notre étude elle est de 22,18%. Cette prévalence toujours élevée peut s'expliquer par l'utilisation de lingettes de nettoyage et/ou les produits de soins contenant des substances irritantes et toxiques pouvant agresser la peau.

Comme dans notre étude, STAMATAS et al. [49] ont observé la survenue de l'érythème fessier chez tous les enfants sans prédominance de sexe. La tranche d'âge de 1 à 6 mois était la plus touchée dans notre étude avec une moyenne d'âge de 8,49 mois. Cette même tranche d'âge est aussi notée dans les travaux d'AKOFA SIKA en 2009 à Dakar [1]. Par contre d'autres auteurs décrivent cette prévalence élevée entre le 6^{ème} et le 12^{ème} mois. Les auteurs STAMATAS et al. [49] ont observé dans leur étude 2 pics de fréquence d'âge entre 9^{ème} et le 12^{ème} mois et 12^{ème} et le 24^{ème} mois.

La notion d'atopie personnelle ou familiale associée à un érythème fessier, et/ou la topographie des lésions aux zones de contact nous ont permis de poser plus aisément certains diagnostics comme une dermatite de contact allergique. En effet, certains enfants sont allergiques aux adhésifs en caoutchouc, aux

composants des couches jetables de même qu'aux lingettes parfumées utilisées pour le nettoyage du siège. Ces allergènes contenus dans ces produits pourraient être responsables de différentes formes cliniques de dermite de siège. En 2013, l'American Society of Contact Dermatitis (ASCD) et la Société Française de Dermatologie (SFD) attiraient l'attention sur un conservateur synthétique contenu dans bon nombre de produits cosmétiques et lingettes, le Méthylisothiazolinone qui aurait un effet irritant et responsable d'eczéma de contact [7,13, 28, 31,52]. Pour certains patients des tests allergologiques peuvent être effectués afin de déterminer exactement l'agent causal à partir de 6 mois. Dans notre étude, les tests proposés n'ont pu être réalisés faute de moyens.

La diarrhée dans la physiopathologie de l'érythème fessier est un facteur aggravant de l'érythème. Elle est responsable d'une part de lésions érosives au niveau du siège entraînant inconfort, pleurs incessants lors des soins pour les changes ; d'autre part le contact prolongé des bactéries du tube digestif avec le siège peut entraîner une surinfection bactérienne [49,50]. C'est également un facteur de dissémination de l'érythème de l'orifice anal vers les plis inguinaux et interfessiers réalisant « l'érythème en Y » [30,37]. De toute façon « Sans traitement adapté, l'érythème peut se compliquer de surinfections mycosiques ou bactériennes en 03 jours » [30, 22].

Selon STAMATAS et al. [49] la présence de l'érythème au niveau du siège est une condition sine qua non pour parler de dermite de siège. La présence d'autres types de lésions élémentaires serait un signe de complication et permettrait de poser des diagnostics étiologiques.

Nous avons répertorié dans notre étude une plus grande fréquence de dermite de siège d'origine inflammatoire (67%) contrairement à ce qui est décrit dans la littérature où ce sont les dermatites de siège irritatives qui occupent le premier rang. Des résultats similaires à notre étude ont été rapportés par

ALEXOPOULOS et al. [2] concernant la Dermite Séborrhéique Infantile (DSI). L'âge moyen de survenue de la DSI est de 3,1mois. Les principales parties du corps les plus touchées sont le cuir chevelu et le visage ; ce qui est le cas dans notre étude. Les facteurs étiologies de la DSI ne sont pas encore compris. Il existe un chevauchement important des caractéristiques cliniques de la DSI, la dermatite atopique et le psoriasis de l'enfant. Il peut être difficile de faire la différence entre eux en particulier aux stades initiaux de la maladie en se basant uniquement sur les manifestations cliniques. Au terme de son étude et en le comparant avec d'autres études similaires, ALEXOPOULOS et al. ne sont pas arrivés à établir une association définitive entre la DSI, la dermatite atopique et le psoriasis [2,27, 30, 32, 43, 52, 53]. Une controverse persiste.

L'hygiène des sièges la plus utilisée dans les sociétés occidentales aujourd'hui est le change jetable. Leurs utilisations continuent d'augmenter à l'échelle mondiale. Des améliorations dans leurs conceptions ont contribué à réduire la prévalence et la sévérité de l'érythème fessier aux cours des dernières décennies [15, 37, 39, 40, 41, 45, 49,50]. La fréquence des changes par jour varie selon les régions et le pays. Selon THAMAN et al. , les bébés qui portent des couches en tissu sont changés 2 à 3 fois plus fréquemment chaque jour que les bébés qui portent des couches jetables. Dans notre étude nous avons noté que le nombre de changes à majorité jetables (93,7%) n'était pas toujours de la même marque (62,4%) et n'excédait pas plus de 3 fois par jour (84,9%). Toujours selon THAMAN et al. [50] les raisons qui pourraient influencer le nombre et le type de change par jour pourraient être les suivants :

- L'environnement familial : bien que la plupart des mères soient mariées et vivent avec leur conjoint, qu'elles travaillent ou pas, de nombreuses mères comptent sur la famille élargie pour élever leurs enfants. Ceci influence fortement les soins, et les habitudes de changes.

- La disparité des revenus : de nombreuses familles de niveau socio-économique bas comme c'est le cas dans notre étude optent pour l'achat des changes à l'unité par jour à raison de 100F CFA pour un change soit 300F CFA pour un minimum de 3changes/jour et par ménage.
- L'accès aux informations (télévision, radio, téléphone, internet...) a également une grande influence sur le choix du type et de la forme de change de même que sur les soins.

Dans notre étude, 37,6% des nourrissons avaient déjà été vus par un Pédiatre. Les mêmes résultats sont trouvés dans la thèse de DUMORTIER [20] : 61% des enfants consultants (de 0 à 15 ans) aux urgences pédiatriques de Créteil avaient un problème Dermatologique seul ou associé à un autre motif.

Le recours aux premiers soins des patients (aux Infirmiers, Généralistes, Pédiatres...) avant une consultation dermatologique est dû entre autre à la situation géographique des parents par rapport à la proximité des centres de santé, au niveau socio-économique, de même qu'au niveau d'instruction. En outre, il ya de nombreux facteurs socio-culturels, religieux et/ou coutumiers qui sont profondément enracinés dans nos sociétés pouvant induire ou aggraver certaines maladies dermatologiques [11, 40,41]. Par exemple l'application d'huile sur le corps et le cuir chevelu chez les nourrissons peut conduire à une dermatite séborrhéique, l'utilisation de fils et talismans autour du cou, de la taille pour protéger du mauvais œil peut conduire à un intertrigo à candida, ou à une dermatite de contact [40].

La prise en charge des dermites de siège doit se faire au cas par cas. Dans beaucoup de cas, il n'est pas rare de voir prescrire des antifongiques pour le traitement. Les antifongiques sont utilisés aussi bien pour le traitement de la surinfection candidosique que pour celui de la dermite séborrhéique. Selon une étude française, les molécules ayant l'AMM sont : le kétoconazole en gel moussant, la ciclopiroxolamine en crème, le lithium... [45]. L'hydrocortisone

faiblement dosé ou un autre dermocorticoïde utilisé seul ou en association avec un agent fongique donnerait aussi de meilleurs résultats en 4 semaines et peu de récurrences. D'autres études sur les antifongiques, ont montré également l'efficacité de certaines molécules en 4 semaines de traitement : c'est le cas du sertaconazole, imidazolé de 3^{ème} génération et du miconazole en crème [10,25]. Pour notre part nous avons prescrit en majorité à nos malades, des dérivés azolés qui ont donné de bons résultats. L'utilisation des topiques à base de Zinc pour leur rôles de réparation et d'effet barrière peut se faire à chaque change mais pas plus de 2 H pour les nourrissons de moins de 6 mois au risque de créer l'effet contraire [18, 26,40].

En pratique courante, pour une meilleure prise en charge des dermites de siège, quelque soit l'étiologie, il faut : une bonne éducation sur les mesures thérapeutiques. Confucius - «Dites-moi, et je vais oublier. Montrez-moi et Je peux me souvenir. Implique-moi et je comprendrai. »

Les auteurs ATHERTON et COUGHLIN et al. ont noté dans leur étude que l'évolution de la prise en charge de l'érythème fessier doit être favorable en maximum 4 semaines de traitement. L'évolution du traitement dans notre étude a été appréciée au bout de 3 à 4 semaines avec la disparition de plus de 50% des lésions et jugée satisfaisante par les parents (56,1%) et très satisfaisante dans 41,5% des cas.

CONCLUSION

La zone du siège d'un nourrisson est une zone propice à un certain nombre de manifestations dermatologiques dont l'érythème fessier. Elle est constamment soumise à des facteurs externes d'agression, des réactions inflammatoires, voire même infectieuses. Très peu exploré par les études scientifiques, l'érythème fessier fait de nouveau l'objet de plusieurs publications scientifiques du fait de sa prévalence toujours élevée dans les pays industrialisés malgré les progrès dans les soins des changes.

Notre étude menée sur une période de 7mois (1^{er} Octobre 2015 au 30 Avril 2016) dans 3 services de Dermatologies (HALD, IHS, HEAR) avait pour objectif principal décrire les aspects épidémiologiques de l'érythème fessier au Sénégal, de répertorier et typer leurs étiologies et de les prendre en charge.

Nous avons inclus 205 nourrissons, tous nés après 34 semaines d'aménorrhée, de mères multipares (53,2%) scolarisées en primaire pour 40,5% d'entre elles, ne menant pas d'activité génératrice de revenu pour la plupart (71,7%) avec un niveau socio-économique bas selon l'approche monétaire de la profession du mari.

La prévalence de l'érythème fessier dans notre étude était de 22,18%, la moyenne d'âge de 8,49mois avec des extrêmes de 1à 30 mois et un sex-ratio M/F de 1,02.

Nous avons répertorié plusieurs présentations cliniques d'érythème fessier que nous avons classé en 4 grands groupes :

- Dermite de siège d'origine inflammatoire (67,3%) dominées par la dermite séborrhéique.
- Dermite de siège irritatives (18,1%)
- Dermite de siège d'origine infectieuse (12,3%)
- Dermite du siège associées à une maladie générale (2,4%).

Comme autres signes associés nous avons retrouvé une atopie (42,4%) et une diarrhée (28,3%) des cas. Les 37,6% des nourrissons de notre étude avaient recours dans un premier temps à un Pédiatre.

Les traitements prescrits en Dermatologie étaient au cas par cas et surtout en insistant sur l'éducation thérapeutique pour les soins des changes.

L'évolution du traitement 4 semaines, après le début a été jugée par les parents plutôt satisfaisants pour 56,1% d'entre eux et tout à fait satisfaisants pour 41,5% d'entre eux.

Au terme de notre travail, il ressort que les dermites de siège d'origine inflammatoire notamment la dermite séborrhéique est l'étiologie la plus fréquente des érythèmes fessiers contrairement à ce qui est décrit dans la littérature où se sont les dermites de siège irritatives qui sont plus en cause.

RECOMMENDATIONS

A l'issue de notre travail, nous formulons les quelques recommandations suivantes pour une meilleure prise en charge des érythèmes fessiers.

✓ **A l'égard des parents (mères et environnement familial)**

- Adopter des règles d'hygiène simple et correcte pour son enfant : nettoyage à l'eau tiède et au savon neutre après chaque selles, sécher la zone siège par tamponnement, aérer et augmenter la fréquence des changes à un minimum de 6 par jour.
- Eviter l'utilisation intempestive de produits de soins parfumés, irritants ou sensibilisants

✓ **A l'égard du personnel soignant**

- Procéder à une éducation thérapeutique à chaque prescription d'ordonnance pour un érythème fessier,
- Référer à temps les malades.

✓ **A l'égard des décideurs**

- Renforcer les compétences des personnels médicaux sur la prise en charge de l'érythème fessier.

REFERENCES

1. AKOFA SIKA AFI PEDANOU

Les dermatoses du nourrisson à Dakar : Etude descriptive transversale

Mem Med. Dakar 2009; N°199

2. ALEXOPOULOS Alex, KAKOUREOU Talia, ORFANOU Irene, XAIDARA Athina, and CHROUSOS George

Retrospective Analysis of the Relationship between Infantile Seborrheic Dermatitis and Atopic Dermatitis

Pediatr Dermatol 2014; 31: 125-130

3. ANJEMBE Edmond Cyrille

Les dermatoses néonatales dans le CHU Aristide Le Dantec du 10 Octobre 2001 au 30 Avril 2002

Mem Med. Dakar 2002; N°

4. AUGUSTIN M, GLAESKE G, RADTKE MA, CHRISTOPHERS E, REICH K, SCHÄFER I.

Epidemiology and comorbidity of psoriasis in children.

Br J Dermatol 2010; 162:633-6.

5. ATHERTON DJ.

The etiology and management of irritant diaper dermatitis.

J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV. 2001;15 Suppl 1:14.

6. ATHERTON DJ.

A review of the pathophysiology, prevention and treatment of irritant diaper dermatitis.

Curr Med Res Opin., mai 2004:645-649.

7. AYADI Salma

L'eczéma de contact chez l'enfant

Mem Med.Dakar 2012; N°620

8. BEGUIN A.

L'érythème fessier : toujours d'actualité ?

Arch. Pédiatr 2006 ; 6-9

9. BEYLOT Gérald

L'érythème fessier du nourrisson

Actualités pharmaceutiques n° 485, Mai 2009

10. BLANCO Daisy, M.D., and VAN ROSSEM Koen, M.D

A Prospective Two-Year Assessment of Miconazole Resistance in Candida Spp. With Repeated Treatment with 0.25% Miconazole Nitrate Ointment in Neonates and Infants with Moderate to Severe Diaper Dermatitis Complicated by Cutaneous Candidiasis

Pediatr Dermatol 2013; 30: 717-724

11. BLUME-PEYTAVI U, HAUSER M, LÜNNEMANN L, STAMATAS GN, KOTTNER J, GARCIA BARTELS N.

Prévention de la couche dermatite chez les nourrissons - une revue de la littérature.

Pediatr Dermatol. 2014 : 413-29

12. BORALEVI F.

Condylomes de l'enfant.

Ann Dermatol Venereol 2004; 131: 913-9.

13. CHANG MW, NAKRANI R.

Six children with allergic contact dermatitis to methylisothiazolinone in wet wipes (baby wipes).

Pediatrics 2014; 133: 434.

14. COUGHLIN C., EICHENFIELD L., EICHENFIELD F., and FRIEDEN J.

Diaper Dermatitis: Clinical Characteristics and Differential Diagnosis

Pediatr Dermatol 2014; 31: 19–24

15. COUGHLIN C., EICHENFIELD L., EICHENFIELD F., and FRIEDEN J.

Clinical Approaches to Skin Cleansing of the Diaper Area: Practice and Challenges

Pediatr Dermatol 2014; 31: 1–4

16. COUGHLIN C., TAIEB A., and Al.

Evolving Concepts of Neonatal Skin

Pediatr Dermatol 2014; 315-318

17. DE JAGER, DE JONG, VAN DE KERKHOF PC, SEYGER MM.

Efficacy and safety of treatments for childhood psoriasis: a systematic literature review.

J Am Acad Dermatol 2010; 62:1013-30.

18. DEB Samujjala, DHAR Sandipan, PARIKH Deepak

The role of patient (parent) education and counseling in pediatric dermatology practice

Indian J Pediatric Dermatol, 2015

19. DIRECTION DE L'EVALUATION MEDICALE, ECONOMIQUE ET DE SANTE PUBLIQUE

ALOPLASTINE, pâte pour application locale

En ligne sur WWW.has-santé.frs consulté en ligne le 02 Avril 2012

20. DJEKOUNDADE Antoinette épouse DJINDIL

Manifestations dermatologiques chez les enfants infectés par le VIH à Dakar: Etude de 155 cas

Mem Med Dakar 2008; N°

21. DUMORTIER B.

Revue des pathologies dermatologiques de la population pédiatrique d'un
CHU : intérêt d'une étroite collaboration entre pédiatres et dermatologues
Th Med Grenoble 2012; N°

22. FARAHANI Leila Amiri, GHOBADZADEH Maryam, and YOUSEFI Parsa.

Comparison of the Effect of Human Milk and Topical Hydrocortisone 1% on
Diaper Dermatitis
Pediatr Dermatol 2013; 30: 725-729

23. FERRAZZINI G, KAISER RR, HIRSIG CHENG S-K, WEHRLI M, DELLA CASA V, POHLIG G, et al. Microbiological

Aspects of diaper dermatitis.
Dermatol Basel Switz. 2003:136-141.

24. FLASH INFO

Érythème fessier du nourrisson
J Pédiatr Puéricult 2007 ; 20 : 179-182

25. FOCUS : L'érythème fessier du nourrisson

Arch Pédiatr 2011 ; N°4

26. 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 JDD. 2005:29-34.

27. GARCIA BARTELS N., LÜNNEMANN L., STROUX A., KOTTNER J., SERRANO J., BLUME-PEYTAVI U.

Effet de la crème de couches et lingettes humides sur les propriétés de barrière de la peau chez les nourrissons: un essai prospectif randomisé.

Pediatr Dermatol. 2014 : 683-91

28. HAMEL-TEILLAC Dominique, 7e journée pédiatrique des enfants malades

La dermatologie infantile sur peau noire

J Pédiatr Puéricult 2005 ; 18 : 273-276

29. KORCHI Ghizlane

Eczéma de contact aux produits cosmétiques

Mem Med. Dakar 2002; N°

30. KUMAR Suresh, WALIA Vivek, KUMAR Neeraj

An infant with inherited epidermolysis bullosa simplex

Indian J Pediatric Dermatol 2014

31. LAGIERA L., MAZEREEUW-HAUTIER J., RAFFINA D., BENETON N., LORETTE G., MARUANIA A., sous l'égide de la Société française de dermatologie pédiatrique

Les dermites de siège du Nourrisson

Ann Dermatol Vénéréol 2015; 142: 54-61

32. LAVENDER T., FURBER C., CAMPBELL M., VICTOR S., ROBERTS I., BEDWELL C., CORK MJ.

Effet sur l'hydratation de la peau à l'aide de lingettes pour bébé pour nettoyer la zone de serviette des nouveau-nés: évaluateur aveugle essai d'équivalence contrôlé randomisé.

BMC Pediatr 2012: 10.1186 / 1471-2431-12-59

33. LOKRE Subash, HIREMAGALORE Ravi

Childhood psoriasis – Clinical manifestations

Indian J Pediatric Dermatol 2012,13: 2012

34. MADKE Bhushan, KAR Sumit, PRASAD Kameshwar, PRASAD Nidhi Yadav, SINGH Neha

A fatal case of Nicolau syndrome

Indian J Pediatric Dermatol, May-August 2014

35. MAHÉ E, GNOSSIKE P, SIGAL ML.

Le psoriasis de l'enfant.

Arch Pediatr 2014;21:778-86.

36. MAILHOL C, LAUWERS-CANCES V, RANCE´ F, et al.

Prevalence and risk factors for allergic contact dermatitis to topical treatment in atopic dermatitis: a study in 641 children.

Allergy 2009; 64:801-806.

37. MARUANI A, LORETTE G, BARBAROT S, POTIER A, BESSIS D, HASSELMANN C, et al.

Re-emergence of papulonodular napkin dermatitis with use of reusable diapers: report of 5 cases.

Eur J Dermatol EJD. 2013:246-249.

38. ODIO Mauricio, Ph.D., and THAMAN Lauren, M.S.

Diapering, Diaper Technology, and Diaper Area Skin Health

Pediatr Dermatol 2014 ; 31 : 9-14

39. OLSON D, EDMONSON MB.

Outcomes in children treated for perineal group A beta-hemolytic streptococcal dermatitis.

Pediatr Infect Dis J. 2011:933-936.

40. PERICOI M.

Etudes cliniques et tolérance des lingettes chez les bébés atopiques

Arch Pediatr 2006 ; 10-13

41. PHARMACIE DES HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE

Produits de soins corporels pour le nourrisson

En ligne sur <http://pharmacie.hug-ge.ch/> consulté le 1 Avril 2015

**42. PRINDAVILLE BREA, RICHARD M.D. J., ANTAYA, M.D., AND
SIEGFRIED ELAINE C., M.D.**

Pediatric Dermatology: Past, Present, and Future

Pediatr Dermatol 2015; 32: 1-12

**43. [Proceedings of the Consensus Conference on The Management of
Atopic Dermatitis in Children].**

Ann Dermatol Venereol 2005, 132:195-290.

44. QUEREUX G.

Dermatite séborrhéique, Seborrheic dermatitis

EMC-Dermatologie Cosmétologie2, 2005 :147–159

45. RAJESH G, KRISHNAPPA J

A case of toxic epidermal necrolysis in a young infant successfully treated
with intravenous immunoglobulin

Indian J Pediatric Dermatol 2014

46. ROUI-BOURIAT S., TAIEB A.

Les soins du siège chez les Nourrissons

J Pédiatr Puéricult 1998 ; 11 : 405-9.

47. ROUL S, DUCOMBS G, LÉAUTÉ-LABRÈZE C, TAIEB A.

‘Lucky Luke’ contact dermatitis due to rubber components of diapers.

Contact Dermatitis 1998; 38:363-4.

48. SARKAR Rashmi, GARG1 Shilpa, Vijay Kumar Garg

Neonatal erythroderma (red baby)

Indian J Pediatric Dermatol, 2013

49. SIDQI Ichrak

Le psoriasis de l'enfant: Etude retrospective à propos de 39 cas en Dermatologie au CHU Aristide le Dantec

Th Méd. Dakar 2012; N°158

50. STAMATAS G., TIERNEY N. et Al.

Diaper dermatitis : Etiology, manifestations, prevention and management

Pediatr Dermatol 2014 ;31 :1-7

51. THAMAN Lauren A., M.S., and EICHENFIELD Lawrence F., M.D

Diapering Habits: A Global Perspective

Pediatr Dermatol 2014; 31:15-18

52. UNGER ER, FAJMAN NN, MALONEY EM, ONYEKWULUJE J, SWAN DC, Howard L.et al.

Anogenital human papillomavirus in sexually abused and non abused children: a multicenter study.

Pediatrics 2011; 128: 658-65.

53. WAARD VAN DER SPEK F, ANDERSEN K, DARSOW U et al.

Allergic contact dermatitis in children: which factors are relevant ? (review of the literature).

Pediatr Allergy Immunol 2013;24:321-9.

54. YONEZAWA Kaori, HARUNA Megumi, SHIRAISHI Mie, MATSUZAKI Masayo, and SANADA Hiromi,

Relationship Between Skin Barrier Function in Early Neonates and Diaper Dermatitis During the First Month of Life: A Prospective Observational Study

Pediatr Dermatol 2014 ; 31 : 692-697

ANNEXES

Erythèmes fessiers du Nounisson

Octobre 2015 à Juillet 2016- Dantec-Jhs-Albert Royer

Identifier les différentes étiologies des érythèmes fessiers des enfants de 1 à 30mois dans les établissements publics de santé de Dakar au Sénégal

Paramètres généraux

1.Site de recrutements
☐ 1. Dantec ☐ 2. Ths ☐ 3. Albert Royer

3.Adresse
☐ 1.Urbaine ☐ 2.Rurale

2.Numéro de téléphone du patient

Paramètres JMte, ls

4.Age

7.Situation matrimoniale
☐ 1.Célibataire ☐ 2.Mariée ☐ 3. Divorcée
☐ 4. Veuve

5. Parité
☐ 1. Primipare ☐ 2. Multipare
☐ 3. Grande multipare

8.Activité professionnelle
☐ 1. Oui ☐ 2. Non

6. Niveau d'instruction
☐ 1. Jamais scolarisée
☐ 2. Primaire
☐ 3. Secondaire
☐ 4. Supérieur
☐ 5. scolarisation en arabe

9.Niveau socio-économique
☐ 1. Bas ☐ 2. Moyen ☐ 3. Elevé

Paramètres du N

10. Naissance à terme
☐ 1. Oui ☐ 2. Non

15.Topographie
☐ 1. Siège unique
☐ 2. Aspect en W (atteignant les convexités et épargnant les plis)
☐ 3. Aspect en Y (atteignant les plis inguinaux et interfessier)
☐ 4. Siège+lésions à distance (Préciser)

11. Poids à la naissance

12. Age en mois

13.Sexe
☐ 1. F ☐ 2. M

16.Si 'Siège+lésions à distance, précisez:
☐ 1. Cuir chevelu ☐ 2. Visage ☐ 3. Plis
☐ 4. Tronc ☐ 5. Dos ☐ 6. Diffus
☐ 7. Autres

14.Lésions élémentaires
☐ 1. Erythème
☐ 2. Purpura
☐ 3. Papules
☐ 4. Vésicules
☐ 5. Bulles
☐ 6. Squames
☐ 7. Nodules
☐ 8. Macules hypopigmentées
☐ 9. Pustules
☐ 10. Croutes
☐ 11. Autres

17.Durée de l'érythème fessier
☐ 1. Moins de 1 mois ☐ 2. Entre 1 et 2 mois
☐ 3. Plus de 2 mois

18.Diagnostic
☐ 1. Dermates de siège irritatives
☐ 2. Dermates de siège Infectieuses
☐ 3. Dermatoses inflammatoires du siège
☐ 4. Dermates de siège associées à une maladie générale

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

Vous pouvez cocher plusieurs cases (3 au maximum).

19. Si 'Dermatites de siège initiales', précisez:

- ☐ 1. Dermite érythémateuse
- ☐ 2. Dermite papuleuse ou érosive
- ☐ 3. Dermite vésiculo-pustuleuse
- ☐ 4. Dermite nodulaire

20. Si 'Dermite de siège infectieuses', précisez:

- ☐ 1. Mycose du siège
- ☐ 2. Gale
- ☐ 3. Anite streptococcique
- ☐ 4. Autres infections bactériennes
- ☐ 5. Maladies éruptives (Varicelle, herpès)

21. Si 'Dermatoses inflammatoires du siège', précisez:

- ☐ 1. Psoriasis du siège
- ☐ 2. Eczéma du siège
- ☐ 3. Dermite séborrhéique du siège
- ☐ 4. Miliaire Rouge

22. Si 'Dermite de siège associées à une maladie générale', précisez:

- ☐ 1. Acrodermatite entéropathique
- ☐ 2. Histiocytose langerhansienne
- ☐ 3. Maladie de Crohn
- ☐ 4. Angk>me
- ☐ 5. Diabète de renfant
- ☐ 6. Dermatoses bulleuses (épithéliolyse bulleuse, toxidémie, Dikai, DH)

23. Itinéraire de prise en charge de l'érythème fessier des nourrissons avant la dermatologie

- ☐ 1. Sage-femme
- ☐ 2. Infirmier
- ☐ 3. Médecin généraliste
- ☐ 4. Gynécologue
- ☐ 5. Pédiatre

Vous pouvez cocher plusieurs cases (3 au maximum).

24. Traitement

- ☐ 1. Dermocorticoïdes
- ☐ 2. Antifongiques
- ☐ 3. Antibiotiques
- ☐ 4. Emollients
- ☐ 5. Topiques à base de Cuivre-zinc
- ☐ 6. Mesures d'hygiène
- ☐ 7. Traitement de la dermatose en cause
- ☐ 8. Autres (Préciser)

25. Si 'Autre', précisez: _____

26. Evolution après traitement

- ☐ 1. Pas du tout satisfait
- ☐ 2. Presque satisfait
- ☐ 3. Presque satisfait
- ☐ 4. Tout à fait satisfait

27. Types de couches utilisés

- ☐ 1. Jetables
- ☐ 2. Lavables

28. Si jetables, sont-elles toujours de la même marque?

- ☐ 1. Oui
- ☐ 2. Non

29. Nombre de changes par jour

- ☐ 1. Moins de 6 fois
- ☐ 2. Plus de 6 fois

30. Soins après les changes

- ☐ 1. Lingettes
- ☐ 2. Talc
- ☐ 3. Savon neutre
- ☐ 4. Gel
- ☐ 5. À l'eau simplement
- ☐ 6. Beurre de Karité

Vous pouvez cocher plusieurs cases (3 au maximum).

31. Coût des changes par jour

- ☐ 1. 500
- ☐ 2. 1000
- ☐ 3. 1500
- ☐ 4. 2000
- ☐ 5. Plus de 2000

32. Estimation du coût du traitement par Nourrisson

- ☐ 1. 5000
- ☐ 2. 10000
- ☐ 3. 20000
- ☐ 4. 30000
- ☐ 5. 40000
- ☐ 6. 50000
- ☐ 7. Plus de 50000

TABLE DES MATIERES

DEDICACES	i
REMERCIEMENTS	iii
A NOS MAITRES ET JUGES	iv
ABREVIATIONS	vi
LISTE DES FIGURES	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
SOMMAIRE	ix
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	2
I. PHYSIOPATHOLOGIE DE L'ERYTHEME FESSIER.....	3
II. FORMES CLINIQUES DE L'ERYTHEME FESSIER	4
II.1. Dermite des convexités ou Dermite d'irritation	5
II.2. Dermite des plis (intertrigo) ou dermite à macération prédominante .	6
II.3. Dermatoses inflammatoires du siège	6
II.3.1. Le psoriasis du siège ou psoriasis des langes ou encore «psoriasis inversé ».....	7
II.3.2. L'eczéma du siège.....	7
II.3.3. La dermite séborrhéique du siège	7
II.4. Les dermites de siège associées à une maladie générale	7
II.4.1. L'acrodermatite entéropathique	7

II.4.2. L'histiocytose langerhansienne.....	8
III. LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES	8
IV. SOINS DES CHANGES	9
DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE	11
I. OBJECTIFS.....	12
I.1. Objectif général	12
I.2. Objectifs spécifiques	12
II. METHODES	12
II.1. Cadre d'étude	12
II.2. Type, population et période d'étude	13
II.3. Analyse des données	13
II.4. Sélection des patients	13
II.5. Déroulement pratique de l'étude	13
III. RESULTATS	15
III.1. Epidémiologie	15
III.1.1. Lieux de recrutement	15
III.1.2. Fréquence hospitalière	15
III.1.3. Répartition selon la zone géographique.....	16
III.1.4. Répartition selon le sexe	16
III.1.5. Répartition selon l'âge	16
III.2. Etude clinique descriptive	17
III.2.1. Itinéraire des patients	17

III.2.2. Répartition en fonction de la durée d'évolution de l'érythème	17
III.2.3. Répartition en fonction du terrain et des signes fonctionnels.....	18
III.2.4. Répartition en fonction des lésions élémentaires.	19
III.2.5. Répartition des lésions en fonction de la topographie	20
III.2.6. Répartition en fonction des formes cliniques	21
III.2.7. Répartition en fonction du diagnostic étiologique.....	22
III.2.8. Les examens complémentaires	30
III.2.9. Les dermatoses associées.....	31
III.3. Aspects cosmétiques et thérapeutiques	32
III.3.1. Soins après change.....	32
III.3.2. Traitement reçu avant la consultation dermatologique.....	32
III.3.3. Traitement instauré en dermatologie	33
III.3.3.1. Education thérapeutique	33
III.3.3.2. Traitement spécifiques.....	34
III.4. Aspects évolutifs	35
III.5. Etude clinique analytique.....	35
DISCUSSION	37
CONCLUSION	43
RECOMMANDATIONS	46
REFERENCES.....	48
ANNEXES	60
TABLE DES MATIERES	61