

**UNIVERSITE DE NANTES
FACULTE DE PHARMACIE**

ANNEE 2003

N° 62

THESE
pour le
DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE
par
Guillaume ARTARIT

Présentée et soutenue publiquement le 27 octobre 2003

**La dermatologie de l'enfant à l'officine,
réalisation d'un CD-ROM.**

Président :

Monsieur A. PINEAU, Professeur de Toxicologie

Membres du Jury :

Monsieur J.F. STALDER, Professeur de Dermatologie, Directeur de Thèse

Monsieur S. BARBAROT, Chef de clinique de Dermatologie

Madame F. THOBY, Pharmacien

**UNIVERSITE DE NANTES
FACULTE DE PHARMACIE**

ANNEE 2003

N°

THESE
pour le
DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE
par
Guillaume ARTARIT

Présentée et soutenue publiquement le 27 octobre 2003

**La dermatologie de l'enfant à l'officine,
réalisation d'un CD-ROM.**

Président :

Monsieur A. PINEAU, Professeur de Toxicologie

Membres du Jury :

Monsieur J.F. STALDER, Professeur de Dermatologie, Directeur de Thèse

Monsieur S. BARBAROT, Chef de clinique de Dermatologie

Madame F. THOBY, Pharmacien

A l'intention de Monsieur le Professeur A. PINEAU, Professeur de Toxicologie et Doyen de la faculté de Pharmacie de Nantes,
qui me fait l'honneur de bien vouloir présider ce jury. Qu'il trouve ici le témoignage de ma plus haute considération.

A l'intention de Monsieur le Professeur J.F. STALDER, Professeur de Dermatologie et Chef du service de Dermatologie du CHU de Nantes,
pour la confiance qu'il m'a accordée en me confiant ce travail et pour l'aide qu'il m'a apportée tout au long de son élaboration. Qu'il trouve ici l'assurance de ma gratitude et de mon plus profond respect.

A l'intention de Monsieur S. BARBAROT, Chef de Clinique de Dermatologie au CHU de Nantes,
pour tout l'intérêt qu'il a porté à cette thèse. Qu'il trouve ici l'expression de toute ma reconnaissance.

A l'intention de Madame F. THOBY, Pharmacien à Nantes,
qui a accepté de faire partie de ce jury après avoir guidé mes premiers pas dans la profession. Qu'elle trouve ici l'expression de mes plus sincères remerciements pour ce qu'elle m'apporte dans mon exercice professionnel et pour toute la confiance qu'elle m'accorde.

A Monsieur BOUQUET et à toute l'équipe officinale,
pour votre accueil si chaleureux.

A mes parents,
pour votre affection et pour l'amour que vous m'avez apporté. Pour m'avoir permis de réaliser ces études dans les meilleurs conditions. Je tiens tout particulièrement à vous exprimer le témoignage de ma gratitude en vous dédiant ce travail.

A mes frères Emmanuel et Jean-Damien,
pour votre affection et votre soutien. Pour notre unité. Recevez l'expression de toute ma reconnaissance.

A ma famille et ma Grand-mère que j'adore.

A Marjorie,
Pour ton aide et ton soutien sans faille tout au long de la réalisation de ce travail.

A mes amis,
Pour tous les bons moments passés ensemble.

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

Que contient la version papier ? 4

Comment utiliser le CD-ROM ? 4

L'ACNE DE L'ADOLESCENT 7

FAQ 1 : A quel âge a-t-on de l'acné ? 9

FAQ 2 : Qu'est ce qui favorise la survenue ou l'aggravation de l'acné ? 9

FAQ 3 : Que se passe-t-il au niveau de la peau ? 14

FAQ 4 : Comment reconnaître les différents types de lésions acnéiques ? 14

FAQ 5 : Quelles sont les localisations possibles des lésions ? 16

FAQ 6 : Existe-t-il plusieurs formes d'acné ? 16

FAQ 7 : Qu'est-ce que l'acné du nourrisson ? 18

FAQ 8 : Un traitement médical est-il systématiquement nécessaire ? 19

FAQ 9 : Quels sont les antiacnéiques locaux disponibles et comment les utiliser ? 19

FAQ 10 : Quels sont les antiacnéiques oraux disponibles et comment les utiliser ? 23

FAQ 11 : Puis-je aller au soleil avec mon traitement anti-acnéique ? 30

FAQ 12 : Comment bien utiliser les produits d'hygiène pour peaux acnéiques que l'on trouve en pharmacie ? 32

FAQ 13 : Quels sont les conseils à donner en cas d'acné ? 38

LES ANGIOMES 40

FAQ1 : Qu'est-ce qu'un angiome ? 42

FAQ2 : Comment évolue un hémangiome ? 43

FAQ3 : Quels sont les risques d'un hémangiome ? 44

<u>FAQ4 : Comment se traite un hémangiome ?</u>	45
---	----

[*L'ECZEMA CHEZ L'ENFANT*](#) 47

<u>FAQ 1 : Quels sont la fréquence et l'âge de survenue de la dermatite atopique ?</u>	49
--	----

<u>FAQ 2 : Pourquoi la peau d'un enfant atopique réagit elle si facilement ?</u>	49
--	----

<u>FAQ 3 : Quels sont les signes cliniques de la dermatite atopique ?</u>	51
---	----

<u>FAQ 4 : Où siègent les lésions d'eczéma de la dermatite atopique ?</u>	53
---	----

<u>FAQ 5 : Quels sont les risques de complications ?</u>	53
--	----

<u>FAQ 6 : Quels sont les traitements utilisés dans la dermatite atopique ?</u>	55
---	----

<u>FAQ 7 : Quel est l'intérêt des crèmes émollientes ?</u>	56
--	----

<u>FAQ 8 : Comment le médecin choisit-il le bon dermocorticoïde ?</u>	57
---	----

<u>FAQ 9 : Comment utiliser les dermocorticoïdes ?</u>	60
--	----

<u>FAQ 10 : Faut-il avoir peur des dermocorticoïdes ?</u>	61
---	----

<u>FAQ 11 : Faut-il désinfecter la peau pour prévenir l'infection ?</u>	62
---	----

<u>FAQ 12 : Quels sont les conseils à donner aux mamans d'enfants atopiques ?</u>	63
---	----

<u>FAQ 13 : Quelles différences entre eczéma de contact et eczéma atopique ?</u>	67
--	----

<u>FAQ 14 : Quels allergènes peuvent provoquer un eczéma de contact chez l'enfant ?</u>	69
---	----

<u>FAQ 15 : Que faut-il faire en cas d'eczéma de contact ?</u>	70
--	----

[*L'ERYTHEME FESSIER*](#) 71

<u>FAQ 1 : L'érythème fessier, une dermatose banale ?</u>	73
---	----

<u>FAQ 2 : Quelles sont les causes de l'érythème fessier ?</u>	73
--	----

<u>FAQ 3 : Comment identifier la cause de l'érythème fessier ?</u>	74
--	----

<u>FAQ 4 : Quand s'inquiéter devant un érythème fessier ?</u>	76
---	----

<u>FAQ 5 : Comment prévenir l'érythème fessier ?</u>	76
--	----

<u>FAQ 6 : Comment traiter l'érythème fessier ?</u>	78
---	----

<u>LA GALE</u>	79
--------------------------------	----

<u>FAQ1 : A quoi est due la gale ?</u>	81
--	----

<u>FAQ2 : Comment les enfants attrapent-ils la gale ?</u>	81
---	----

<u>FAQ3 : Quelles sont les localisations habituelles de la gale ?</u>	82
---	----

<u>FAQ4 : Comment la gale se manifeste-t-elle ?</u>	83
---	----

<u>FAQ5 : Quel est le traitement de la gale chez l'enfant ?</u>	84
---	----

<u>FAQ6 : Un enfant qui à la gale peut-il aller à l'école ?</u>	88
---	----

<u>L'HERPES</u>	89
---------------------------------	----

<u>FAQ 1 : Herpès, quelle fréquence ?</u>	91
---	----

<u>FAQ 2 : A quoi est dû l'herpès ?</u>	91
---	----

<u>FAQ 3 : Comment se transmet le virus ?</u>	92
---	----

<u>FAQ 4 : Comment se passe la première contamination ?</u>	92
---	----

<u>FAQ 5 : Comment reconnaître une primo-infection ?</u>	93
--	----

<u>FAQ 6 : Comment expliquer les récurrences ?</u>	94
--	----

<u>FAQ 7 : Comment reconnaître les récurrences ?</u>	95
--	----

<u>FAQ 8 : L'herpès peut-il survenir ailleurs qu'au niveau labial ou génital ?</u>	96
--	----

<u>FAQ 9 : Quand s'inquiéter devant un herpès ?</u>	96
---	----

<u>FAQ 10 : De quels types de traitements dispose-t-on contre l'herpès ?</u>	99
--	----

<u>FAQ 11 : Quelles sont les limites des traitements antiherpétiques ?</u>	101
--	-----

<u>FAQ 12 : Quel traitement pour une primo-infection ?</u>	101
--	-----

<u>FAQ 13 : Quel traitement pour les récurrences ?</u>	102
--	-----

<u>FAQ 14 : Quel traitement pour prévenir les récurrences ?</u>	102
---	-----

<u>FAQ 15 : Quel traitement dans les formes graves ?</u>	102
<u>FAQ 16 : Quels conseils donner à une maman d'enfant herpétique ?</u>	103

[*L'IMPETIGO*](#) 105

<u>FAQ 1 : Qu'est-ce que l'impétigo ?</u>	107
<u>FAQ 2 : Qu'est-ce qui favorise la survenue de l'impétigo ?</u>	107
<u>FAQ 3 : A quoi ressemble l'impétigo ?</u>	108
<u>FAQ 4 : Comment traiter localement l'impétigo ?</u>	109
<u>FAQ 5 : Quand traiter l'impétigo par des antibiotiques oraux ?</u>	110
<u>FAQ 6 : Quels conseils en cas d'impétigo ?</u>	111

[*LE MEGALERYTHEME EPIDERMIQUE \(Ou cinquième maladie\)*](#) 112

<u>FAQ 1 : Le mégalérythème, quelle fréquence ?</u>	114
<u>FAQ 2 : Qu'est-ce qui provoque l'éruption ?</u>	114
<u>FAQ 3 : Comment se passe l'éruption ?</u>	114
<u>FAQ 4 : Existe-t-il des complications ?</u>	116
<u>FAQ 5 : Que faut-il faire en cas de mégalérythème ?</u>	116

[*MYCOSES CUTANÉES : LES CANDIDOSES*](#) 117

<u>FAQ 1 : Quel est l'agent responsable des candidoses ?</u>	119
<u>FAQ 2 : Qu'est ce qui rend le Candida albicans pathogène ?</u>	119
<u>FAQ 3 : A quoi ressemblent les lésions candidosiques ?</u>	120
<u>FAQ 4 : Où siègent les lésions candidosiques ?</u>	120
<u>FAQ 5 : Quel traitement en cas de candidose ?</u>	121

<u>FAQ 6 : Quels conseils donner à une maman en cas de candidose chez son enfant ?</u>	124
--	-----

[MYCOSES CUTANÉES : L'HERPES CIRCINÉ](#) 126

<u>FAQ 1 : Qu'est ce que l'herpès circiné ?</u>	128
<u>FAQ 2 : A quoi ressemblent les lésions ?</u>	128
<u>FAQ 3 : Où siègent les lésions ?</u>	128
<u>FAQ 4 : Comment se traite l'herpès circiné ?</u>	129

[MYCOSES CUTANÉES : PITYRIASIS VERSICOLOR](#) 132

<u>FAQ 1 : Qu'est-ce que le pityriasis versicolor ?</u>	134
<u>FAQ 2 : Qu'est ce qui favorise la survenue d'un pityriasis versicolor ?</u>	134
<u>FAQ 3 : Quels sont les signes cutanés du pityriasis versicolor ?</u>	135
<u>FAQ 4 : Où siègent les lésions ?</u>	136
<u>FAQ 5 : Pityriasis versicolor, quel traitement ?</u>	136
<u>FAQ 6 : Quels conseils donner en cas de pityriasis versicolor ?</u>	138

[MYCOSES CUTANÉES : LES TEIGNES](#) 139

<u>FAQ 1 : Qu'est-ce qu'une teigne ?</u>	141
<u>FAQ 2 : Comment attrape-t-on des teignes ?</u>	141
<u>FAQ 3 : A quoi ressemble une teigne ?</u>	143

[PLAIES ET BRULURES](#) 149

<u>FAQ 1 : Comment évaluer la gravité d'une plaie ?</u>	151
---	-----

<u>FAQ 2 : Que faire en cas de plaie simple ?</u>	152
<u>FAQ 3 : Que faire en cas de plaie grave ?</u>	153
<u>FAQ 4 : Que faire en cas de contusion ?</u>	153
<u>FAQ 5 : Comment évaluer la gravité d'une brûlure ?</u>	154
<u>FAQ 6 : Comment soigner une brûlure courante ?</u>	158
<u>FAQ 7 : Que faire en cas de brûlure grave ?</u>	159
<u>FAQ 8 : Quel antiseptique utiliser ?</u>	159
<u>FAQ 9 : Comment constituer une trousse de premiers secours?</u>	160

[LES POUX](#) 161

<u>FAQ 1 : Qu'est-ce qu'un pou ?</u>	163
<u>FAQ 2 : Comment les enfants attrapent-ils des poux ?</u>	163
<u>FAQ 3 : Quels sont les signes cliniques de la pédiculose ?</u>	164
<u>FAQ 4 : Sur la tête, où localiser les poux quand on suspecte une infestation ?</u>	165
<u>FAQ 5 : De quels produits dispose-t-on pour traiter les poux ?</u>	165
<u>FAQ 6 : Quelles sont les différentes formes d'utilisation des produits anti-poux ?</u>	167
<u>FAQ 7 : Quel produit anti-poux utiliser ?</u>	167
<u>FAQ 8 : Faut-il aussi traiter l'environnement ?</u>	169
<u>FAQ 9 : Peut-on utiliser des shampooings anti-poux pour prévenir l'apparition de poux ?</u>	169
<u>FAQ 10 : Quels conseils donner aux parents pour les aider à se débarrasser efficacement des poux ?</u>	170

[LE PSORIASIS](#) 172

<u>FAQ 1 : Le psoriasis, quelle fréquence ?</u>	174
<u>FAQ 2 : Un enfant atteint de psoriasis peut-il guérir de sa maladie ?</u>	174

<u>FAQ 3 : Qu'est-ce qui déclenche l'apparition de psoriasis ?</u>	174
<u>FAQ 4 : Que se passe-t-il au niveau de la peau ?</u>	176
<u>FAQ 5 : A quoi ressemblent les lésions ?</u>	176
<u>FAQ 6 : Quelles sont les localisations habituelles du psoriasis?</u>	178
<u>FAQ 7 : Existe-t-il des complications ?</u>	179
<u>FAQ 8 : Comment envisager le traitement ?</u>	180
<u>FAQ 9 : Quels sont les traitements locaux employés ?</u>	181
<u>FAQ 10 : Quel est l'intérêt de la photothérapie dans le traitement du psoriasis ?</u>	188
<u>FAQ 11 : Quels sont les traitements en cas de formes étendues ou graves ?</u>	190
<u>FAQ 12 : Les cures thermales sont-elles efficaces dans le traitement du psoriasis ?</u>	193

[LA ROSEOLE \(ou sixième maladie, ou exanthème subit\)](#) 194

<u>FAQ 1 : La roséole, quelle fréquence ?</u>	196
<u>FAQ 2 : Quel est l'agent responsable de la roséole ?</u>	196
<u>FAQ 3 : Un enfant peut-il faire deux fois la roséole ?</u>	196
<u>FAQ 4 : Comment se déroule la maladie ?</u>	196
<u>FAQ 5 : A quoi ressemble l'éruption ?</u>	197
<u>FAQ 6 : Que faire en cas de roséole ?</u>	197

[LA ROUGEOLE](#) 198

<u>FAQ 1 : La rougeole, une maladie en voie de disparition ?</u>	200
<u>FAQ 2 : Comment se déroule la rougeole ?</u>	200
<u>FAQ 3 : Qu'est ce que le signe de Köplick ?</u>	202
<u>FAQ 4 : Quelle est la période contagieuse ?</u>	203
<u>FAQ 5 : Peut-on faire deux fois la rougeole dans sa vie ?</u>	203

<u>FAQ 6 : La rougeole, quelles complications ?</u>	203
<u>FAQ 7 : Quel est le traitement de la rougeole ?</u>	205
<u>FAQ 8 : Quelles sont les modalités de la vaccination contre la rougeole ?</u>	205
<u>FAQ 9 : Que faire en cas d'épidémie de rougeole pour protéger les enfants pas encore vaccinés ?</u>	207

[**LA RUBEOLE**](#) 208

<u>FAQ 1 : La rubéole, quelle fréquence ?</u>	210
<u>FAQ 2 : Comment se passe la rubéole chez l'enfant ?</u>	210
<u>FAQ 3 : Y a-t-il des complications possibles chez un enfant atteint de rubéole ?</u>	212
<u>FAQ 4 : Comment traite-t-on la rubéole chez un enfant ?</u>	212
<u>FAQ 5 : Quels sont les risques de développer la rubéole pendant la grossesse?</u>	214
<u>FAQ 6 : Que faire en cas de rubéole congénitale ?</u>	216

[**LA SCARLATINE**](#) 217

<u>FAQ 1 : La scarlatine, une maladie fréquente ?</u>	219
<u>FAQ 2 : A quoi est due la scarlatine ?</u>	219
<u>FAQ 3 : Comment se déroule la scarlatine ?</u>	220
<u>FAQ 4 : Peut-on faire des récurrences de scarlatine ?</u>	222
<u>FAQ 5 : Quelles sont les complications possibles de la scarlatine ?</u>	222
<u>FAQ 6 : En quoi consiste le traitement de la scarlatine ?</u>	224

[**LE SYNDROME MAIN-PIED-BOUCHE**](#) 225

<u>FAQ 1 : Qu'est-ce que le syndrome main-pied-bouche ?</u>	227
---	-----

FAQ 2 : Comment se manifeste le syndrome main-pied-bouche ?	227
FAQ 3 : Quel traitement utiliser dans le syndrome main-pied-bouche ?	228

LE SOLEIL ET LA PEAU DE L'ENFANT 229

FAQ 1 : Le soleil est-il vraiment mauvais ?	231
FAQ 2 : De quoi est fait le rayonnement solaire qui atteint notre peau ?	231
FAQ 3 : Qu'est-ce que les ultraviolets ?	231
FAQ 4 : Quels sont les effets des ultraviolets sur la peau ?	232
FAQ 5 : Quelles sont les conséquences d'expositions solaires prolongées ?	233
FAQ 6 : Pourquoi est-il si important de protéger son enfant du soleil ?	235
FAQ 7 : Pourquoi la peau de l'enfant est-elle vulnérable au soleil ?	235
FAQ 8 : Les enfants sont-ils tous égaux devant le soleil ?	236
FAQ 9 : Qu'est ce que le mélanome malin ?	237
FAQ 10 : Quels sont les facteurs qui augmentent le risque de développer un mélanome ?	238
FAQ 11 : Comment repérer un grain de beauté suspect ?	239
FAQ 12 : Peut-on exposer des enfants en bas âge au soleil ?	239
FAQ 13 : Comment protéger les enfants du soleil ?	240
FAQ 14 : Comment choisir le bon produit solaire pour un enfant ?	241
FAQ 15 : Faut-il continuer à se protéger quand la peau est bien bronzée ?	247
FAQ 16 : 12 conseils pour protéger efficacement vos enfants du soleil.	247

VARICELLE ET ZONA 250

FAQ 1 : Varicelle, quelle fréquence ?	252
FAQ 2 : Comment opère le virus de la varicelle et du zona ?	252
FAQ 3 : Comment se manifeste la varicelle ?	253

<u>FAQ 4 : Quels sont les risques de la varicelle ?</u>	255
<u>FAQ 5 : Quel est le risque de contracter la varicelle pendant la grossesse ?</u>	256
<u>FAQ 6 : Quel est le traitement de la varicelle ?</u>	257
<u>FAQ 7 : Quel traitement en cas de varicelle compliquée ?</u>	258
<u>FAQ 8 : Y a-t-il un vaccin contre la varicelle ?</u>	258
<u>FAQ 9 : Quels conseils en cas de varicelle ?</u>	259
<u>FAQ 10 : Mon enfant a la varicelle, quand pourra-t-il retourner à l'école ?</u>	260
<u>FAQ 11 : Zona, quelle fréquence ?</u>	260
<u>FAQ 12 : Comment le virus de la varicelle peut-il déclencher un zona ?</u>	261
<u>FAQ 13 : Comment se manifeste le zona ?</u>	261
<u>FAQ 14 : Quelles sont les localisations à risque du zona ?</u>	263
<u>FAQ 15 : Quel est le traitement du zona ?</u>	264
 <u>LES VERRUES</u>	 266
 <u>FAQ 1 : Qu'est-ce qu'une verrue ?</u>	 268
<u>FAQ 2 : Comment attrape-t-on des verrues ?</u>	268
<u>FAQ 3 : Quels types de verrues peut-on rencontrer chez les enfants ?</u>	269
<u>FAQ 4 : Doit-on traiter les verrues ?</u>	271
<u>FAQ 5 : Comment traiter les verrues ?</u>	271
 <u>CONCLUSION</u>	 275
 <u>REFERENCES</u>	 277

INTRODUCTION

Aujourd'hui la notion de conseil officinal est de plus en plus présente dans l'esprit du grand public. Le pharmacien est en effet un interlocuteur privilégié dans ce domaine, du fait de sa proximité et de sa disponibilité vis-à-vis des patients.

En matière de dermatologie, le conseil du pharmacien est sollicité au quotidien, qu'il s'agisse d'évaluer la gravité d'une lésion ou d'expliquer une prescription médicale. On a constaté qu'à ce niveau, l'enfant tenait une place prépondérante. En effet, 20% des consultations chez le pédiatre relève d'un problème dermatologique.

La formation du pharmacien d'officine telle que nous la connaissons actuellement ne comporte que peu d'enseignement théorique à la dermatologie, alors que la demande d'informations à ce sujet de la part des patients se fait croissante. Le besoin d'une formation complémentaire est donc indispensable. Aussi dans cette thèse, nous sommes-nous efforcés de réunir tous les éléments nécessaires pour aider le pharmacien à dispenser son conseil.

Ce travail a fait l'objet de la réalisation d'un CD-ROM destiné au pharmacien. Il regroupe 23 dermatoses infantiles parmi les plus fréquentes. Elles font chacune l'objet d'un chapitre, rédigé sous forme de FAQ, terme qui nous vient d'internet et qui désigne des Questions Fréquemment Posées (Frequently Asked Question). Cette présentation sous forme de Questions/Réponses a pour but de rendre la lecture plus attrayante. Ces FAQ sont à la fois médicalement validées, accessibles et facilement transposables au grand public par l'intermédiaire du pharmacien. Leur contenu provient de documents médicaux et scientifiques que nous avons synthétisés et réécrits. Les réponses aux questions posées s'intéressent en grande partie à la physiopathologie, aux traitements médicaux et aux conseils associés. De nombreuses photos accompagnent et approfondissent le texte. Elles ont été sélectionnées pour leurs qualités techniques et sémiologiques. Le tout a été réalisé en HTML, langage informatique actuellement largement utilisé pour la création de sites Web sur internet.

Nous avons choisi le support CD-ROM pour de nombreuses raisons. Il permet une grande interactivité, rendant plus ludique l'accès à l'information. Il propose un accès rapide aux renseignements recherchés. Il autorise l'intégration de photos numérisées, la dermatologie étant la discipline médicale visuelle par excellence. Il permet une duplication et une diffusion aisées. Enfin, l'utilisation du langage HTLM rend possible la mise à disposition du CD-ROM sur internet.

Que contient la version papier ?

Cet ouvrage reprend l'intégralité des textes contenus dans le CD-ROM. Il s'agit en fait de la version imprimable accessible sur le CD. Les photos n'y figurent pas mais elles sont rappelées par leur représentation en miniature, sous forme de vignettes.

Comment utiliser le CD-ROM ?

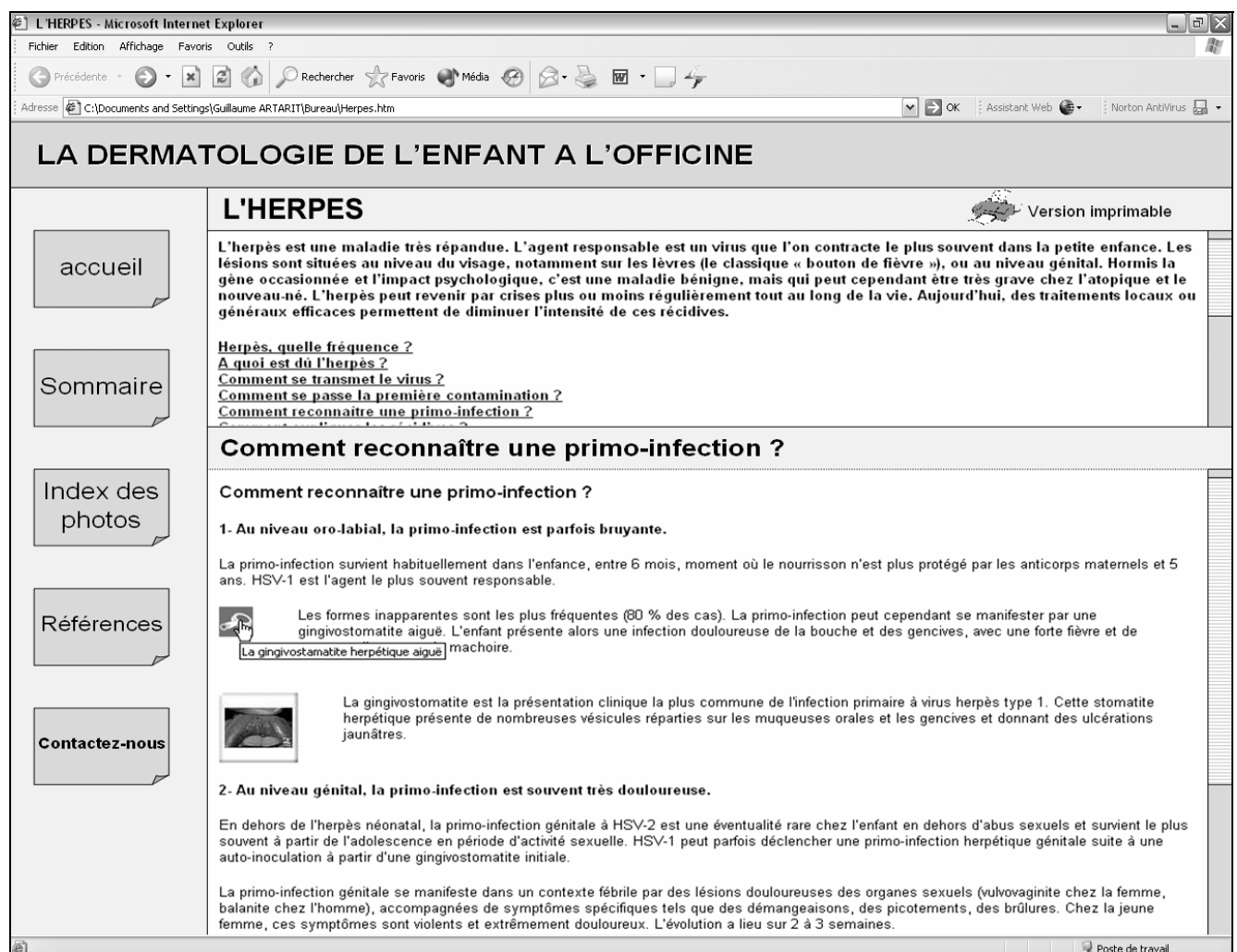
Configuration requise :

- Compatible Mac et PC.
- Lecteur de CD ou de DVD.
- Carte vidéo avec au moins 4 Mo (résolution minimale d'écran : 1024 x 768, 32 bits)
- Ecran 15 pouces minimum.
- Navigateur internet (l'utilisation du navigateur Microsoft Internet Explorer ® est fortement recommandée).
- Adobe Acrobat Reader ®.

Utilisation du CD-ROM

Le CD-ROM doit démarrer automatiquement à son insertion dans le lecteur. Dans le cas contraire, il faut cliquer sur le fichier nommé « index.htm » situé à la racine du CD.

Le CD s'ouvre sur une page d'accueil. Cliquez sur l'image pour accéder au sommaire. Un clic sur la pathologie de votre choix vous y amène. L'interface se présente comme suit :



La partie de gauche, réservée à la navigation, comporte différents boutons cliquables :

- Accueil : revient à la page d'accueil
- Sommaire : revient à la liste des pathologies
- Index des photos : ouvre une page listant par pathologie toutes les photos présentes sur le CD
- Références : ouvrages, périodiques, sites web
- Contactez-nous

Pour chaque pathologie se trouve dans la partie du haut une introduction rapide suivie de la liste des questions auxquelles nous avons répondu. Un clic de souris sur l'une d'entre elle affiche le texte correspondant dans la partie du bas.

Au fil du texte, le lecteur découvre deux types d'éléments cliquables :



Ce symbole désigne une information détaillée sur un sujet explicité succinctement dans le texte principal. Une info-bulle s'affiche au passage de la souris sur l'icône pour rappeler l'information contenue. Un clic sur cette icône ouvre une nouvelle fenêtre avec le texte correspondant.



Les images sont représentées sous la forme de petites vignettes. Là aussi, une info-bulle s'affiche au passage de la souris pour donner une description rapide de l'image. Un clic sur cette vignette ouvre une nouvelle fenêtre avec la photo correspondante accompagnée de son commentaire.

Il est possible d'imprimer le texte :



Un clic sur ce symbole ouvre le logiciel Adobe Acrobat Reader ® et affiche la version imprimable du chapitre correspondant. Cette version contient l'intégralité des textes concernant une pathologie, hormis les photos. Il est alors possible d'imprimer tout ou partie du chapitre avec les options du logiciel.

L'ACNE DE L'ADOLESCENT

Introduction

L'acné est une dermatose banale de l'adolescence. Bien soignée elle disparaît sans laisser de séquelles, mais elle perturbe la vie sociale et affective. Les réponses aux questions que les jeunes se posent vont les aider à comprendre leur maladie et leur traitement, à acquérir les bons gestes d'hygiène, à tordre aussi le cou aux idées reçues.

FAQ 1 : A quel âge a-t-on de l'acné ?

FAQ 2 : Qu'est ce qui favorise la survenue ou l'aggravation de l'acné ?

FAQ 3 : Que se passe-t-il au niveau de la peau ?

FAQ 4 : Comment reconnaître les différents types de lésions acnéiques ?

FAQ 5 : Quelles sont les localisations possibles des lésions ?

FAQ 6 : Existe-t-il plusieurs formes d'acné ?

FAQ 7 : Qu'est-ce que l'acné du nourrisson ?

FAQ 8 : Un traitement médical est-il systématiquement nécessaire ?

FAQ 9 : Quels sont les antiacnéiques locaux disponibles et comment les utiliser?

FAQ 10 : Quels sont les antiacnéiques oraux disponibles et comment les utiliser?

FAQ 11 : Puis-je aller au soleil avec mon traitement anti-acnéique ?

FAQ 12 : Comment bien utiliser les produits d'hygiène pour peaux acnéiques que l'on trouve en pharmacie ?

FAQ 13 : Quels sont les conseils à donner en cas d'acné ?

FAQ 1 : A quel âge a-t-on de l'acné ?

Pratiquement tous les adolescents sont « boutonneux » à la puberté. L'acné concerne 90 % des adolescents des deux sexes. Elle commence au moment de la puberté et peut perdurer chez l'adulte jusqu'à 20-25 ans.

L'acné est souvent plus sévère chez le garçon mais dure plus longtemps chez la fille. Elle évolue sur des périodes différentes selon le sexe :

- Chez la fille : de 8-9 ans à 22-25 ans.
- Chez le garçon : de 12-13 ans à 20 ans.

L'hyperséborrhée et les premiers comédons apparaissent en général avant la puberté. L'acné inflammatoire atteint son paroxysme au moment de l'adolescence. Arrivé à l'âge adulte, l'évolution est en général spontanément régressive.

L'acné peut aussi se rencontrer chez le nouveau-né (acné néonatale), mais aussi chez l'adulte, notamment chez la femme au moment de la ménopause.

FAQ 2 : Qu'est ce qui favorise la survenue ou l'aggravation de l'acné ?

Plusieurs causes et facteurs favorisants interviennent dans la survenue ou l'aggravation de l'acné.

1- L'augmentation des sécrétions hormonales à l'adolescence

L'acné est étroitement liée à une hypersécrétion de sébum par les glandes sébacées qui sont sous le contrôle des hormones mâles : les androgènes. La testostérone est l'androgène qui joue le premier rôle dans la survenue de l'acné, tant chez les filles que chez les garçons.

La testostérone produite par les testicules chez l'homme ou les ovaires et les surrénales chez la femme est transformée en dihydrotestostérone (DHT) au sein de la cellule sébacée par une enzyme, la 5 α pharéductase. La DHT stimule la production de sébum donnant un aspect luisant à la peau.

2- Certains médicaments

Une cause médicamenteuse est à rechercher devant toute acné d'apparition récente et rapide chez un adolescent jusque là indemne. Il peut s'agir de médicaments administrés par voie topique (dermocorticoïdes), ou par voie générale (corticoïdes, contraceptifs androgéniques...).

Même certains antiacnéiques peuvent aggraver transitoirement une poussée inflammatoire d'acné. C'est un phénomène normal qui arrive souvent au tout début d'un traitement et cela ne doit pas le faire arrêter.

EN SAVOIR PLUS

Médicaments pouvant induire ou aggraver une acné

- *Hormones :*
 - *Corticoïdes (topiques, oraux ou inhalés)*
 - *ACTH (Synacthène)*
 - *Androgènes et stéroïdes anabolisants*
 - *Contraceptifs oraux dits de 1ère et 2ème générations, contenant un progestatif androgénique (norgestrel, noréthistérone).*
 - *Gonadotrophines*
 - *Hormones thyroïdiennes*

- *Halogènes :*
 - *Iode, brome, fluor, chlore*
 - *Halothane*

- *Vitamines : Vitamine B12*

- *Antiépileptiques :*
 - *Phénobarbital*
 - *Diphényl-hydantoïne*
 - *Triméthadione*

- *Antituberculeux :*
 - *Isoniazide*
 - *Rifampicine*
 - *Ethionamide*

- *Immunosuppresseurs :*
 - *Ciclosporine*
 - *Azathioprine*

- *Psychotropes :*
 - *Antidépresseurs tricycliques :*
Amineptine (Survector)
Imipramine (Tofranil)
Maprotiline (Ludiomil)

 - *Anxiolytiques :*
Diazepam (Valium)

 - *Neuroleptiques :*
Phénothiazine
Halopéridol

 - *Divers :*
Sels de lithium
Hydrate de chloral

- *Antimitotiques :*
 - *Actinomycine D*
 - *Thiourée*
 - *Thiouracile*
 - *Vinblastine*

- *Antiacnéiques ** :
 - *Tétracycline*
 - *Isotrétinoïne*
 - *Trétinoïne*
 - *Peroxyde de benzoyl*
- *Antiseptiques : Hexachlorophène*
- *Médicaments divers :*
 - *Sels d'or*
 - *Dantrolène*

**POUSSEE INFLAMMATOIRE POSSIBLE EN DEBUT DE TRAITEMENT*

3- Les substances comédogènes

Certaines substances grasses ou irritantes contenues dans des cosmétiques, des pommades et des détergents favorisent le développement d'une acné. Les cosmétiques, en particulier, peuvent contenir des substances comédogènes. Il conviendra d'être attentif à leur composition avant de les utiliser chez l'acnéique.

Des acnés exogènes sont également observées dans certaines professions exposées, que ce soit au chlore, aux huiles industrielles ou aux goudrons.

EN SAVOIR PLUS

Les substances comédogènes

- *L'huile de germe de blé, de sésame, d'amande douce, de lin*
- *Le beurre de cacao*
- *Le squalène*
- *La lanoline*
- *La vaseline*
- *La paraffine*
- *Les acides stéarique et oléique*
- *Le miristate d'isopropyle*

- L'alcool laurique
 - Les alcools acétylés
 - Les goudrons d'origine végétale : goudron de pin, ichtyol, huile de cade
 - Les goudrons de houille : coaltar
 - Les huiles minérales, graisses, cambouis
 - Les produits soufrés
-



Commentaire : Acné induite par contact avec différents produits chimiques y compris les pommades et cosmétiques, les huiles, les hydrocarbures chlorés et les goudrons de houille. Cette pathologie survient généralement au-delà de la limite d'âge de l'acné vulgaire chez l'adulte après 30 ans.

4- Le soleil

Le soleil est un faux ami : les rayonnements UV ont une action anti-inflammatoire qui améliore les lésions acnéiques sur le moment. Mais ils provoquent aussi l'épaississement de la couche cornée avec une incrustation plus profonde des comédons. Quand l'exposition solaire s'arrête, l'activité inflammatoire reprend dans une peau plus épaisse provoquant une recrudescence de l'acné.

5- Les autres facteurs

D'autres facteurs peuvent aussi déclencher ou aggraver une acné préexistante:

- L'acné peut varier d'intensité avec les variations hormonales du cycle menstruel.
- Un stress important ou des difficultés psychologiques induisent une augmentation de la sécrétion de sébum.
- Le tabac jouerait un rôle favorisant en modifiant les fonctions des polynucléaires, cellules impliquées dans la composante inflammatoire de l'acné.
- En revanche l'influence de l'alimentation, souvent mentionnée, doit être écartée.

FAQ 3 : Que se passe-t-il au niveau de la peau ?

La survenue d'une acné fait intervenir trois éléments :

1- L'hyperséborrhée

La poussée hormonale de l'adolescence, en particulier des androgènes, provoque une augmentation de la sécrétion de sébum. Le sébum contient des substances comédogènes, irritantes et inflammatoires qui participent à l'obstruction du canal folliculaire et favorisent le passage à une acné inflammatoire.

2- L'épaississement de l'épiderme

Un trouble de la kératinisation de l'épiderme, probablement d'origine hormonale, favorise l'obstruction du canal folliculaire, ce qui gêne l'évacuation du sébum.

3- La prolifération bactérienne et l'inflammation

Du fait de la rétention du sébum la flore bactérienne prolifère, en particulier *Propionibacterium acnes*. Ces bactéries favorisent l'inflammation :

- Elles produisent des enzymes qui hydrolysent les composants du sébum en libérant des substances très irritantes.
- Elles stimulent le chimiotactisme des polynucléaires neutrophiles qui vont amplifier la réaction inflammatoire.

FAQ 4 : Comment reconnaître les différents types de lésions acnéiques ?

Dans l'acné il existe deux types de lésions :

1- Des lésions rétentionnelles : les points blancs et les points noirs.

Ces lésions résultent de l'obstruction du canal folliculaire dans lequel s'accumulent le sébum, la kératine et les bactéries. Ce sont les comédons.

Il y a des comédons ouverts ou points noirs, et des comédons fermés ou points blancs encore appelés microkystes.

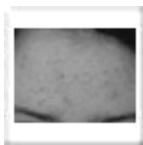


Commentaire : Lésions d'acné : comédons

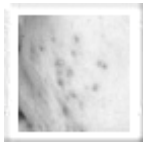
2- Des lésions inflammatoires : les papules, les pustules et les nodules.

Ces lésions résultent de la rupture de la paroi des microkystes. Ce sont les papules, les pustules et les nodules :

- Les papules sont des lésions rouges de diamètre inférieur à 5 mm. Elles peuvent évoluer et former des pustules (avec du pus).
- Les nodules sont des lésions profondes, bien palpables, de diamètre supérieur à 5 mm. Elles évoluent souvent vers des abcès et la formation de cicatrices.



Commentaire : Lésions d'acné : papules



Commentaire : Lésions d'acné : pustule



Commentaire : Lésions d'acné : nodules

La survenue de cicatrice est la principale complication des acnés graves. Elles sont tantôt en creux, tantôt en relief, donnant un aspect grêlé inesthétique.



Commentaire : Lésions d'acné : cicatrices

FAQ 5 : Quelles sont les localisations possibles des lésions ?

L'acné n'atteint que la partie supérieure du corps, à savoir le visage et le haut du tronc:

- **Au niveau du visage:** front, tempes, nez et menton sont très souvent concernés.
- **Au niveau du tronc :** nuque, épaules, dos et poitrine sont des localisations fréquentes.

FAQ 6 : Existe-t-il plusieurs formes d'acné ?

Selon l'évolution des lésions, d'abord à caractère rétentionnel puis à caractère inflammatoire, il y a différentes formes d'acné.

1- Les formes courantes

- **L'acné rétentionnelle :**
Elle se caractérise par une hyperséborrhée et des lésions purement comédoniennes (nombreux points noirs et microkystes). C'est souvent le

tableau d'une acné prépubertaire. L'évolution se fait vers une acné mixte inflammatoire (acné vulgaire).



Commentaire : Les comédons font partie des lésions élémentaires et témoignent de la composante rétentionnelle. Les comédons ouverts, également appelés points noirs, résultent de l'oxydation de la kératine.

- **L'acné vulgaire :**

C'est une acné mixte avec des comédons (points noirs et microkystes) et des lésions inflammatoires (papules et pustules, parfois nodules).



Commentaire : Les comédons sont associés à d'autres lésions à caractère inflammatoire : papules (lésions inflammatoires surélevées), pustules (papules contenant du pus) et nodules (lésions inflammatoires profondes).

2- Les formes graves

- **L'acné nodulo-kystique :**

Les lésions sont constituées de nombreux comédons, de lésions inflammatoires et de kystes de grande taille. Elle donne des séquelles cicatricielles et se voit plus fréquemment chez les jeunes hommes.



Commentaire : Forme d'acné sévère caractérisée par des lésions profondes associant des comédons, des papules, mais surtout des nodules indurés douloureux situés sur le visage et le haut du tronc.

- **L'acné conglobata :**

C'est une acné suppurative à évolution cicatricielle pouvant persister chez l'adulte.



Commentaire : *Forme sévère d'acné de l'homme jeune caractérisée par des lésions intenses, inflammatoires et extensives. Les lésions comportent des papulopustules, des nodules voir des abcès à épanchement. Kystes et comédons sont présents. L'ensemble aboutit à de volumineuses cicatrices inesthétiques persistantes en particulier sur le dos et le visage.*

- **L'acné fulminante :**

C'est la forme la plus grave caractérisée par l'apparition brutale de nombreux nodules inflammatoires douloureux siégeant aussi sur le tronc associés à des signes généraux : fièvre, arthralgies, lésions osseuses, hyperleucocytose.



Commentaire : *Forme très rare d'acné très inflammatoire profuse à évolution nécrotique touchant le plus fréquemment les adolescents mâles. Des signes associés systémiques tels que fièvre, perte de poids, arthralgie, myalgie, accompagnés d'une polynucléose neutrophile sont associés.*

FAQ 7 : Qu'est-ce que l'acné du nourrisson ?

Il s'agit d'une affection relativement banale en période néonatale, probablement liée à la stimulation transplacentaire des glandes sébacées de l'enfant par les androgènes maternels. Même si ces androgènes peuvent passer dans le lait de la maman, l'allaitement ne semble pas provoquer davantage d'acné du nourrisson. L'acné siège préférentiellement sur les joues et disparaît rapidement avant l'âge de 6 mois.



Commentaire : *Affection relativement banale en période néonatale, l'acné du nourrisson siège préférentiellement sur les joues et disparaît avant l'âge de 6 mois.*

FAQ 8 : Un traitement médical est-il systématiquement nécessaire ?

Non. Dans la très grande majorité des cas, l'acné est minime et disparaît spontanément ou avec de simples soins locaux d'hygiène.

Pour les autres (15 % des cas), devant la persistance de l'acné, un traitement médical s'avère nécessaire. En cas d'acné mineure, un traitement local peut être proposé. En cas d'acné moyenne, résistante au traitement local, ou d'acné sévère, un traitement par voie générale est alors adopté.

FAQ 9 : Quels sont les antiacnéiques locaux disponibles et comment les utiliser ?

Ils sont efficaces en cas d'acné mineure, en complément des mesures d'hygiène et de conseils. Leur délivrance est soumise à une prescription médicale. En cas d'acné mixte, on peut utiliser en alternance des traitements locaux anti-inflammatoires et des traitements locaux anti-rétentionnels.

1- Les anti-inflammatoires locaux :

- **Le peroxyde de benzoyle :**

Son action anti-inflammatoire découle d'une action antibactérienne.

Il est irritant, surtout en début de traitement, et photosensibilisant.

Attention ! Il décolore les tissus.

EN SAVOIR PLUS

Le peroxyde de benzoyle

CUTACNYL (2,5 , 5 et 10) ®

ECLARAN (5 et 10) ®

EFFACNE (2,5 et 5) ®

PANNOGEL (5 et 10) ®

PANOXYL (5 et 10) ®

Action :

Action antibactérienne, modérément kératolytique et faiblement sébostatique.

Les premiers résultats apparaissent après 8-12 semaines de traitement.

Les dosages les plus faibles (2,5 et 5) sont utilisés en cas d'acné débutante ou en phase d'essai du produit en attendant de passer au dosage supérieur.

Effets indésirables :

- Irritations en début de traitement.
- Photosensibilisation.
- Décoloration des tissus.

Conseils :

- Attention aux tissus colorés ! Le peroxyde de benzoyle décolore vêtements et draps de manière irréversible.
 - Appliquer tous les soirs sur une peau nettoyée au moins une demi-heure avant le coucher pour limiter le contact avec des draps colorés.
 - En cas d'irritations importantes les premiers jours, il est possible d'espacer les applications un soir sur deux.
-

- **Les antibiotiques locaux :**

Ils réduisent la quantité de P.acnes responsable de l'inflammation.

Il est important de respecter la prescription médicale afin d'éviter un phénomène de résistance.

EN SAVOIR PLUS

Les antibiotiques locaux

Erythromycine :

ERYACNE ®

ERYFLUID ®

ERYTHROGEL ®

ERYTHROMYCINE BAILLEUL ®

STIMYCINE ®

Clindamycine :

DALACINE T TOPIC ®

Action :

Antibactérien (diminue la prolifération de P.acnes).

L'amélioration significative de la peau nécessite au moins 3-4 semaines de traitement.

Effets indésirables :

Pour l'érythromycine :

- *Sécheresse cutanée en début de traitement.*
- *Résistance transmissible probable entre les personnes du fait d'une contamination manuportée de P.acnes devenus résistant à cet antibiotique.*

Pour la clindamycine :

- *Irritation, prurit, érythème.*
- *Le phénomène de résistance semble plus limité qu'avec l'érythromycine.*

Conseils :

Appliquer la lotion tous les soirs sur une peau nettoyée. Tamponner sans frotter les lésions.

Le traitement ne doit pas être prolongé au delà de 4-6 mois pour éviter les résistances.

2- Les anti-rétentionnels locaux :

- **La trétinoïne :**

Elle empêche la formation du bouchon folliculaire en régulant l'hyperkératose.

Elle est irritante, surtout en début de traitement, et photosensibilisante.

EN SAVOIR PLUS

La trétinoïne (Vitamine A acide)

EFFEDERM 0,05 ®

LOCACID 0,05 ®

KETREL 0,05 ®

RETACNYL 0,025 ® et 0,05 ®

Action :

- *Normalise l'hyperkératose folliculaire.*
- *Evacue le bouchon corné.*
- *Elimine microkystes et comédons.*

L'amélioration est visible à partir de 6 semaines de traitement.

Effets indésirables :

- *Recrudescence d'acné en début de traitement.*
- *Irritation, sécheresse et desquamation cutanée.*
- *Photosensibilisation.*

Conseils :

Appliquer la crème tous les soirs sur une peau nettoyée.

En cas d'irritation excessive au début du traitement, il est possible d'appliquer le produit un soir sur deux.

- **L'adapalène :**

C'est un dérivé de la trétinoïne doté en plus d'une légère activité anti-inflammatoire.

EN SAVOIR PLUS

L'adapalène

DIFFERINE ®

Action :

Dérivé de la trétinoïne ayant une légère activité anti-inflammatoire en plus de l'activité antirétentionnelle.

Effets indésirables :

Ils sont moins importants que ceux des rétinoïdes grâce à l'activité anti-inflammatoire du produit.

Photosensibilisation.

Conseils :

Appliquer la crème tous les soirs sur une peau nettoyée.

FAQ 10 : Quels sont les antiacnéiques oraux disponibles et comment les utiliser?

Lorsque les traitements locaux ne sont pas suffisants pour contrôler l'acné, le médecin opte pour un traitement par voie générale.

1- Les anti-inflammatoires

- **Les antibiotiques par voie générale :**

Ils diminuent le nombre de *P.acnes* responsable de l'inflammation.

Attention à la photosensibilisation avec les cyclines.

EN SAVOIR PLUS

Les antibiotiques par voie générale

Action :

*Anti-inflammatoire : ils diminuent le nombre de *P.acnes* et exercent une activité antilipasique (l'inhibition de la lipase bactérienne diminue le taux d'acides gras pro-inflammatoires).*

1- Les cyclines :

Doxycycline (DOXY ®, GRANUDOXY ®, SPANOR ®, TOLEXINE ®, VIBRAMYCINE N ®)

Minocycline (MINOCYNE ®, MESTACINE ®, MINOLIS ®, ZACNAN ®)

Limécycline (TETRALYSAL ®)

La minocycline se distingue par sa grande lipophilie qui lui procure une efficacité accrue mais davantage d'effets indésirables. On l'utilise donc plutôt en seconde intention.

Contre-indications :

- Enfants de moins de 8 ans, en raison du risque de coloration permanente des dents.*
- Femmes enceintes ou allaitantes.*
- Association contre-indiquée avec les rétinoïdes en raison du risque d'hypertension intracrânienne (Céphalées, troubles de la vision).*

Effets indésirables :

- Photosensibilisation*
- Troubles digestifs*
- Mynocycline : vertiges, syndrome d'hypersensibilité*

Conseils :

50 à 100 mg par jour.

La prise se fait le soir au milieu du repas avec un grand verre d'eau, au moins une heure avant le coucher pour éviter tout risque d'ulcère oesophagien.

2- L'érythromycine :

ERY ®

ERYTHROCINE ®

C'est une alternative aux cyclines, moins efficace mais utilisable chez la femme enceintes et non photosensibilisant.

- **Le zinc :**

L'action anti-inflammatoire résulte d'une moindre réactivité des polynucléaires.

A prendre le matin, à jeun.

EN SAVOIR PLUS

Le Zinc

RUBOZINC®

Action :

Anti-inflammatoire : le zinc diminue le chimiotactisme des polynucléaires.

Effets indésirables :

-Troubles gastro-intestinaux

-Pas de photosensibilisation

Conseils :

2 gélules par jour en une seule prise, de préférence le matin à jeun ou deux heures après le repas, pour éviter une interaction alimentaire.

2- Les antiséborrhéiques

- **Les hormones :**

L'hormonothérapie antiacnéique est réservée au traitement de l'acné chez la femme.

Il s'agit d'associations oestroprogestatives à activité anti-androgénique, permettent de réguler l'hyperséborrhée.

Leur action contraceptive n'a pas été évaluée. Il ne faut donc pas les utiliser comme contraceptif oral.

EN SAVOIR PLUS**L'hormonothérapie antiacnéique**

Ethinylestradiol + acétate de cyprotérone (DIANE 35 ®)

Action :

DIANE 35 ® est indiqué dans le traitement de l'acné chez la femme. L'efficacité est modérée et ne s'obtient qu'après plusieurs mois de traitement.

Anti-androgénique : diminue la sécrétion de sébum.

Conseils :

-Prendre un comprimé par jour à heure fixe, 21 jours sur 28.

-Attention, ce médicament ne doit pas être utilisé comme contraceptif car son efficacité comme tel n'a pas été évaluée.

-Malgré sa composition oestro-progestative, DIANE 35 ® n'a pas d'indication comme contraceptif oral et ne doit donc pas être utilisé comme tel.

3- L'isotrétinoïne (Roaccutane ®) :

C'est sans aucun doute le traitement le plus efficace dans l'acné. Mais du fait d'effets indésirables très importants, sa prescription est soumise à des règles strictes et sa délivrance doit s'accompagner des conseils appropriés.

Chez la jeune fille, l'association à une contraception efficace est obligatoire.

Une sécheresse cutanée, induite par le traitement, est presque toujours présente.

Attention au risque de photosensibilisation.

EN SAVOIR PLUS**L'isotrétinoïne**

ROACCUTANE ®

PROCUTA ®

CURACNE ®

Indications :

En première intention : dans les acnés sévères nodulaires et conglobata.

En deuxième intention :

- *Dans les acnés ayant résisté à un traitement classique (antibiothérapie générale + traitement local) de plus de 3 mois.*
- *Si échec du traitement classique.*
- *Si rechute à l'arrêt du traitement classique.*

Actions :

C'est le seul traitement agissant sur tous les facteurs étiologiques de l'acné :

- *Le sébum : diminue la sécrétion sébacée.*
- *Les comédons : empêche la formation de comédons en diminuant la cohésion des cellules de la paroi du canal folliculaire.*
- *L'inflammation : atténue l'inflammation cutanée en diminuant le chimiotactisme des polynucléaires et des monocytes.*

Effets indésirables :

- *Une poussée d'acné inflammatoire peut apparaître au début du traitement et se prolonger quelques semaines.*
- *Tératogène*
- *Sécheresse cutanéomuqueuse :*
 - *Sécheresse et irritation cutanée, notamment au niveau du visage*
 - *Chéilite (sécheresse des lèvres)*
 - *Sécheresse nasale (saignements), buccale et pharyngée (enrouement)*
 - *Sécheresse vaginale*
 - *Sécheresse des paumes et des plantes (desquamation)*
 - *Sécheresse oculaire*
- *Photosensibilisation*
- *Surinfection et impétiginisation*
- *Troubles biologiques : augmentation du cholestérol, des triglycérides et des transaminases (risque de pancréatite)*
- *Douleurs articulaires et musculaires après un effort*

Contre-indications :

Association contre-indiquée avec les cyclines en raison du risque d'hypertension intracrânienne (Céphalées, troubles de la vision).

Conduite du traitement :

- La posologie :

0,5 à 1 mg/kg/jour

La posologie peut être modifiée à tout moment selon la tolérance.

- La durée du traitement :

Elle dépend de la dose cumulée qui doit s'approcher de 120 mg/kg dans l'intervalle de 100 à 150 mg/kg.

La durée du traitement peut donc varier de 4 à 6 mois.

Prescription et délivrance :

Du fait d'effets indésirables importants, la prescription et la délivrance sont soumises à des règles bien spécifiques.

- Chez la femme :

Du fait de la tératogénicité du médicament, une contraception fiable est obligatoire chez toute jeune fille en âge d'avoir des enfants :

- Pilule contraceptive
- Dispositif intra-utérin
- Ligature des trompes

Chez la femme, les ordonnances sont valables un mois et non renouvelables.

Modalité de prescription	CONSULTATIONS						
	Avant la prescription	1 ^{ère} Prescription Roaccutane ou un générique	Tous les mois				5 semaines après arrêt
			1 ^{er} mois	2 ^{ème} mois	3 ^{ème} mois	N ^{ème} mois	
Date							
Remise de la notice d'information	+						
Formulaire d'accord de soins							
- Remise	+						
- signature		+					
Evaluation de la compréhension		+	+	+	+	+	
Contraception efficace (mettre en route 1 mois avant de poursuivre)	+	+	+	+	+	+	
Test de grossesse :							
- vérification de la négativité du test prescrit le mois précédent		+	+	+	+	+	+
- prescription	+	+	+	+	+	+	
Dosage des transaminases, Chil., TG.							
- Prescription	+	+					
- Vérification de la normalité		+	+				
Examen clinique	+		+	+	+	+	

Tableau de suivi du traitement chez la femme. D'après le RCP, document Roche.

L'ordonnance doit en outre comporter les mentions suivantes :

Pour la première prescription:

Prescription initiale de Roaccutane®

- Date du test qualitatif d'hCG plasmatiques 05/11/01
- Evaluation du niveau de compréhension ☒
- Signature de l'accord de soins et de contraception ☒
- Mise en place d'une contraception efficace depuis au moins un mois ☒

Renouvellement de la prescription de Roaccutane®

- Date du test qualitatif d'hCG plasmatiques .../.../...
- Evaluation du niveau de compréhension ☐
- Poursuite d'une contraception efficace ☐

Pour les renouvellements :

Prescription initiale de Roaccutane®

- Date du test qualitatif d'hCG plasmatiques .../.../...
- Evaluation du niveau de compréhension ☐
- Signature de l'accord de soins et de contraception ☐
- Mise en place d'une contraception efficace depuis au moins un mois ☐

Renouvellement de la prescription de Roaccutane®

- Date du test qualitatif d'hCG plasmatiques 03/12/01
- Evaluation du niveau de compréhension ☒
- Poursuite d'une contraception efficace ☒

La délivrance doit être effectuée au plus tard 7 jours après la date de réalisation du test plasmatique de grossesse inscrite sur l'ordonnance.

- Chez l'homme :

Les ordonnances sont valables un mois, éventuellement renouvelables une ou plusieurs fois si le prescripteur le mentionne.

Modalité de prescription	CONSULTATIONS					
	Avant la prescription	1 ^{re} Prescription Roaccutane ou un générique	Après 1 mois à dose maximale	Tous les 2 mois	Tous les 2 mois	Tous les 2 mois
Date						
Remise de la notice d'information	+					
Dosage des transaminases, Chol., TG.						
- Prescription	+	+	+			
- Vérification de la normalité		+				
Examen clinique	+		+	+	+	+

Tableau de suivi du traitement chez l'homme. D'après le RCP, document Roche.

Chez l'homme, l'isotrétinoïne n'est pas mutagène. La procréation est donc possible.

Conseils :

- Utiliser un savon surgras pour la toilette.
- Hydrater la peau avec une crème émolliente.

- En cas de sécheresse des lèvres :

- Le jour : stick labial émollient non allergisant ou crème labiale (KELIAL ®, CERALIP®)
- La nuit : onguent gras (vaseline, cérat, cold cream).

- En cas de sécheresse oculaire :

Mettre des larmes artificielles ou un gel hydrophile. Le port de lentilles de contact est déconseillé, mais il reste possible si l'œil est correctement hydraté plusieurs fois par jour avec des larmes artificielles.

- En cas de sécheresse nasale accompagnée ou non de saignement :

Appliquer le soir une pommade émolliente hémostatique (Pommade HEC ®).

- En cas de sécheresse vaginale :

Utiliser un lubrifiant lors des rapports.

- En cas de surinfection cutanée :

Utiliser une pommade antibiotique.

- En cas d'exposition solaire :

Limitier au maximum l'exposition directe au soleil par le port de vêtement et l'utilisation d'une crème protectrice d'indice élevé.

FAQ 11 : Puis-je aller au soleil avec mon traitement anti-acnéique ?

Dans l'acné, de nombreux médicaments provoquent des coups de soleil très importants lorsque l'on s'expose au soleil. Ils sont dits photosensibilisants. Il s'agit :

- du peroxyde de benzoyle
- des dérivés de la vitamine A (trétinoïne, adapalène, isotrétinoïne)
- des cyclines

EN SAVOIR PLUS

Antiacnéiques et soleil

Principe actif

Spécialité

Recommandations

Voie locale

Adapalène

Différine

Eviter le soleil.

En cas d'exposition solaire exceptionnelle, ne pas appliquer la veille, le jour même et le lendemain.

Peroxyde de benzoyle

Cutacnyl, Eclaran, Effacné, Pannogel, Panoxyl

Trétinoïne

Effederm, Ketrel, Locacid, Retacnyl

Clindamycine

Dalacine T Topic

*Utilisation locale bien supportée.
Privilégier les applications en fin de journée.*

Erythromycine

Eryacne, Eryfluid, Erythrogel, Erythromycine Bailleul, Stimycine

Voie orale

Doxycycline

Doxy, Granudoxy, Spanor, Tolexine, Vibramycine N

Eviter l'exposition aux UV solaires ou artificiels, sinon, arrêter le traitement au moins 15 jours avant l'exposition.

Erythromycine

Ery

Exposition non contre-indiquée

Isotrétinoïne

Roaccutane

Sensibilité accrue au soleil. Eviter les expositions solaires.

d'après Le Moniteur des Pharmacies, Cahier du n°2488 du 3 mai 2003

Il faut donc si possible éviter de les utiliser pendant l'été. Leur utilisation au soleil est néanmoins possible si l'on respecte des règles très strictes d'exposition : éviter de sortir aux heures d'ensoleillement maximum, éviter une exposition solaire directe par le port de vêtements et l'application d'une crème solaire haute protection.

Même en l'absence d'un traitement anti-acnéique, il faut éviter l'exposition au soleil. Le soleil ne fait qu'améliorer de façon transitoire les lésions. En provoquant un épaissement de l'épiderme, le soleil favorise au contraire la rétention du sébum. Au retour des vacances, l'acné reviendra de façon plus importante encore.

Donc quand on a de l'acné, gare au soleil ! Il faut s'en protéger.

FAQ 12 : Comment bien utiliser les produits d'hygiène pour peaux acnéiques que l'on trouve en pharmacie ?

Les produits de conseil disponibles en pharmacie sont des produits d'hygiène qui vont prévenir l'aggravation d'une acné légère, ou vont accompagner un traitement médical antiacnéique. Leur formule contient des actifs spécifiques dont les plus employés sont :

- Le zinc : il confère des propriétés séborégulatrices et anti-inflammatoires. Il permet de matifier les peaux grasses.
- Les AHA (Alpha Hydroxy Acides ou acides de fruits), l'acide salicylique, l'acide lactique : ce sont des actifs exfoliants. Ils débouchent les pores obstrués par leurs effets kératolytiques. Attention ! ils sont parfois irritants si on les utilise tous les jours.

- **Pour la toilette du visage :**

Utiliser des produits nettoyants spécifiques pour peaux acnéiques. Il s'agit de gels ou de pains surgras qui ne dessèchent pas la peau car ils sont formulés sans savon. Ils contiennent parfois des actifs anti-séborrhéiques (zinc, huiles essentielles) pour matifier en cas d'acné légère, ou légèrement exfoliants (actifs kératolytiques : acide salicylique, AHA) pour nettoyer les pores en profondeur s'il y a des comédons.

EN SAVOIR PLUS

Les produits de conseil pour la toilette des peaux acnéiques * :

Laboratoire	Produit	Description
Avène	Cleanance	Gel nettoyant sans savon
Bioderma	Sebium moussant	Gel nettoyant moussant
	Sebium gommant	Gel de toilette moussant exfoliant
Biorga	Hyfac Plus gel dermatologique	Gel nettoyant surgras séborégulateur
	Hyfac mousse nettoyante	Mousse nettoyante aux AHA
La Roche Posay	Effaclar	Gel moussant purifiant
LED	Zeniac	Gel de toilette
Liphaderm	Exfoliac gel	Gel désincrustant aux AHA
	Exfoliac moussant	Gel moussant au zinc et aux AHA
Lutsine	Bactopur	Gel de toilette anti-séborrhéique
Neutrogena	Clear Pore mousse	Mousse nettoyante kératolytique
	Clear Pore Wash	Gel nettoyant kératolytique

** liste non exhaustive*

-
- **Pour des soins adaptés à chaque type d'acné**

1- En cas d'acné débutante : peau grasses, pores dilatés.

Utiliser des produits qui régulent la séborrhée (Zinc). On les trouve sous forme de lotions à utiliser après la toilette ou de lingettes individuelles pour éliminer facilement l'excès de sébum.

EN SAVOIR PLUS

Les produits de conseil à action séboréglatrice * :

Laboratoire	Produit	Description
Avène	Cleanance lotion	Lotion matifiante et purifiante
Bioderma	Sebium H2O solution nettoyante	Lotion nettoyante séboréglatrice et bactériostatique
	Sebium H2O lingettes dermatologiques	Lingettes imprégnées nettoyantes
Neutrogena	Clear pore lingettes nettoyantes	Elimine l'excès de sébum

** liste non exhaustive*

2- En cas d'acné modérée : points noirs, quelques rougeurs.

Pour les points noirs, utiliser des produits exfoliants afin de nettoyer la peau en profondeur. Ce sont des crèmes qui contiennent des acides de fruits (Alpha Hydroxy Acides) ou des kératolytiques comme l'acide salicylique ou l'acide lactique. Ces produits agissent en surface en permettant l'ouverture des follicules obstrués. En raison de l'irritation qu'ils provoquent, il ne faut pas les utiliser plus de deux ou trois fois par semaine. A appliquer après la toilette.

EN SAVOIR PLUS

Les produits de conseil à action exfoliante * :

Laboratoire	Produit	Description
Avène	Cleanance K crème	Favorise l'élimination des points noirs
Bioderma	Sebium matifiant crème	Crème exfoliante et matifiante
Biorga	Hyfac Plus crème de soin	Crème kératolytique aux AHA
La Roche Posay	Effaclar K crème	Soin exfoliant
LED	Zeniac LP crème	Soin kératolytique à action prolongée
Liphaderm	Exfoliac 10 crème	Crème aux AHA pour phénomènes rétentionnels débutants
Lutsine	Kerafina R	Soin exfoliant au rétinol et AHA
Neutrogena	Clear pore lotion	Lotion kératolytique

** liste non exhaustive*

Pour les rougeurs, il existe des produits dotés d'une légère action antibactérienne permettant de réduire l'inflammation. Il faut les appliquer tous les jours, après la toilette. Leur emploi ne doit cependant pas dépasser 4 mois pour éviter d'éventuels phénomènes de résistance bactérienne.

EN SAVOIR PLUS

Les produits de conseil à action antibactérienne * :

Laboratoire	Produit	Description
Liphaderm	Exfoliac NC gel	A base de niacinamide, antibactérien contre les rougeurs
Lutsine	Bactostop crème	Soin antibactérien, favorise la diminution des rougeurs

** liste non exhaustive*

3- En cas d'acné installée : points noirs, lésions inflammatoires nombreuses.

Il existe des soins complets permettant de traiter des acnés avancées. Ces produits associent généralement des actifs anti-séborrhéiques, kératolytiques, et antibactériens.

EN SAVOIR PLUS

Les soins complets de conseil pour acnés avancées* :

Laboratoire	Produit	Description
Avène	Diacnéal crème	Soin complet séborégulateur, kératolytique et anti-inflammatoire
Bioderma	Sebium K2 crème	Crème séborégulatrice, kératolytique et antibactérienne
Lutsine	Factor 4 crème	Soin correcteur multiactifs séborégulateur, matifiant, kératolytique

** liste non exhaustive*

Pour les phénomènes rétentionnels importants, utiliser des produits hautement exfoliants. Attention ! Veiller à ne les utiliser qu'occasionnellement en raison de leur fort pouvoir irritant.

EN SAVOIR PLUS

Les produits de conseil hautement exfoliants * :

Laboratoire	Produit	Description
Biorga	Gommage exfoliant express	Désincrustant, kératorégulateur
Liphaderm	Exfoliac 15 crème	Crème aux AHA pour phénomènes rétentionnels avancés
LED	Zeniac LP Fort crème	Soin kératolytique à action prolongée et intensive
Neutrogena	Clear Pore Treatment	Gel de nuit kératolytique

** liste non exhaustive*

4- En cas d'acné sévère sous traitement desséchant et irritant.

Beaucoup de traitements antiacnéiques dessèchent et irritent la peau. Ce phénomène est bien connu chez les jeunes traités par l'isotrétinoïne (Roaccutane ®) car la sécheresse cutanée est souvent très importante, voire parfois même invalidante (sécheresse des lèvres, saignements cutanés). Il est alors indispensable de bien hydrater sa peau, en utilisant des crèmes bien adaptées aux peaux acnéiques.

EN SAVOIR PLUS

Les produits de conseil hydratants pour peaux sèches sous traitement* :

Laboratoire	Produit	Description
Avène	Clean AC	Crème hydratante apaisante pour peaux sèches sous traitement
Bioderma	Sebium crème hydratante	Crème hydratante pour peaux desséchées sous traitement
La Roche Posay	Effidrate	Emulsion hydratante pour peaux desséchées sous traitement
Lipaderm	Exfoliac crème	Crème hydratante pour peaux desséchées sous traitement
Lutsine	Hydrafnia crème lavante	Crème lavante anti-desséchante et anti-irritante
	Hydrafnia crème	Crème hydratante et apaisante au Biolysat Hafnia

FAQ 13 : Quels sont les conseils à donner en cas d'acné ?

1- Ne pas négliger l'impact psychologique

S'il est important d'évaluer la nature et l'importance des lésions afin de proposer le meilleur traitement, il ne faut pas oublier de prendre en compte l'impact psychologique des lésions sur la vie sociale et affective chez un jeune. Il n'y a souvent pas de liens entre l'importance de l'acné et son retentissement psychologique. Même la présence de quelques comédons peut être mal vécue. Il faut donc relativiser, rassurer l'adolescent, l'encourager à utiliser les traitements adaptés mais aussi avertir que ces traitements peuvent être très longs et qu'ils n'empêchent pas les récurrences.

2- Contredire les fausses idées

- L'acné ne provient pas d'une mauvaise hygiène.
- L'acné n'est pas une maladie infectieuse, elle n'est pas contagieuse.
- Aucun aliment n'est à éviter : le chocolat, les aliments gras n'ont aucune influence sur la survenue ou l'évolution de l'acné. Simplement il faut faire preuve de bon sens et de mesure. Un excès de graisse et de sucrerie n'a jamais participé à un bon état général de santé. Adopter une alimentation variée apporte les éléments vitaminiques et minéraux bons pour la peau.
- Le soleil n'améliore l'acné que de façon transitoire, il faut s'en protéger.
- L'acné ne disparaît pas avec les relations sexuelles.
- Le sport n'aggrave pas l'acné. Le sport peut provoquer une irritation de la peau à cause de la sueur et de la chaleur ne faisant ressortir que momentanément les lésions.

3- Ce qu'il faut faire

- Nettoyer la peau, notamment le visage, à l'aide de savon doux, de pains dermatologiques, de gels moussants conçus pour les peaux acnéiques. Une peau bien nettoyée est un préalable indispensable à l'application d'un traitement local.
- Proposer aux hommes des mousses à raser adoucissantes, antiseptiques et antibactériennes.
- Un maquillage léger avec des produits non comédogènes contenant des substances matifiantes pour cacher les lésions du visage peut être appliqué.
- Utiliser une protection solaire élevée en cas d'exposition prolongée au soleil.

4- Ce qu'il ne faut pas faire

- Interrompre prématurément un traitement : l'observance doit être rigoureuse.
- Triturer les boutons : cela entretient l'inflammation avec risque de surinfection et de cicatrice.
- Se laver trop fréquemment, utiliser des antiseptiques, des solvants comme l'éther ou l'acétone, des cosmétiques alcoolisés (après-rasages, lotions toniques), des savons trop alcalins (savon de Marseille) qui assèchent la peau et provoquent une hyperséborrhée rebond.

LES ANGIOMES

Introduction

L'apparition d'un angiome angoisse toujours les parents. Le terme « angiomes » regroupe des lésions bien différentes : les angiomes plans ou « taches de vin » qui persistent toute la vie, et les hémangiomes, tumeurs vasculaires bénignes qui se développent chez le nourrisson et se résorbent spontanément au cours de l'enfance. Ces derniers sont de loin les plus fréquents et il convient de rassurer les parents.

FAQ1 : Qu'est-ce qu'un angiome ?

FAQ2 : Comment évolue un hémangiome ?

FAQ3 : Quels sont les risques d'un hémangiome ?

FAQ4 : Comment se traite un hémangiome ?

FAQ1 : Qu'est-ce qu'un angiome ?

Les angiomes sont des anomalies des vaisseaux sanguins. On peut en identifier 2 catégories :

Les angiomes plans

Ce sont des malformations vasculaires faites de vaisseaux dont le développement est anormal. Ils sont rares car ils touchent environ 1 % de la population. Ces « taches de vin » congénitales ne disparaissent jamais de façon spontanée. Le seul traitement utilisé aujourd'hui est le laser pulsé à colorant. Il faut commencer tôt après la naissance car l'angiome plan va suivre la croissance de l'enfant, et plus l'enfant est grand plus sa surface est importante et plus le traitement est long.



***Commentaire :** Les angiomes plans surviennent dès la naissance sous forme d'une nappe plus ou moins étendue dont la couleur varie du rose pale au rouge foncé ou pourpre. Leur diamètre s'étend de quelques millimètres à plusieurs centimètres. Ils grandissent en même temps que l'enfant et ne régressent pas spontanément.*

Les hémangiomes

Ce sont des tumeurs vasculaires bénignes formées de vaisseaux sanguins qui prolifèrent de manière anarchique sous la peau. Ils sont très fréquents puisqu'ils touchent environ 2 % des nouveaux-nés et 10 % des nourrissons dans leur première année. Contrairement aux angiomes plans, ils régressent spontanément pendant l'enfance.

Les hémangiomes peuvent prendre des aspects différents :

- **L'hémangiome tubéreux**, plus communément appelé angiome « fraise », est une nappe superficielle et saillante posée sur la peau.

- **L'hémangiome sous-cutané** est une surélévation due à une masse vasculaire sous-cutanée ferme, recouverte d'une peau normale ou bleutée.
- **L'hémangiome mixte** est un hémangiome sous-cutané surmonté d'une nappe tubéreuse. C'est l'hémangiome le plus fréquent.



Commentaire : *L'hémangiome tubéreux, plus communément appelé angiome « fraise », est une nappe superficielle et saillante posée sur la peau.*



Commentaire : *L'hémangiome sous-cutané est une surélévation due à une masse vasculaire sous-cutanée ferme, recouverte d'une peau normale ou bleutée.*



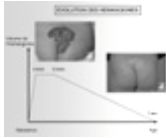
Commentaire : *L'hémangiome mixte est un hémangiome sous-cutané surmonté d'une nappe tubéreuse.*

FAQ2 : Comment évolue un hémangiome ?

Un hémangiome apparaît toujours dans la première année de vie du nourrisson. Il est parfois présent dès la naissance. Il évolue constamment selon un schéma classique :

- **Une phase de croissance** : elle dure environ 3-4 mois. Cette phase de croissance nécessite une surveillance de la part des parents.
- **Une phase de stabilisation** : elle dure de 6 à 18 mois pendant lesquels l'hémangiome est stabilisé.
- **Une phase de résorption** : elle consiste en un blanchiment central puis une diminution progressive de la masse de l'hémangiome. Cette

résorption spontanée dure des années, pendant 2 à 8 ou 10 ans. Elle est d'autant plus longue que l'hémangiome est plus épais. La régression est totale dans 90 % des cas avant 7 ans.

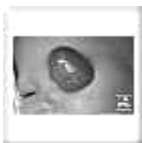


Commentaire : Evolution des hémangiomes.

FAQ3 : Quels sont les risques d'un hémangiome ?

Il existe des localisations à risque qui nécessitent une surveillance étroite pendant la phase de croissance par des consultations régulières chez le dermatologue, avec suivi photographique :

- Les paupières et la région périorbitaire (risque de déficit partiel de la vision)
- Le nez (angiome « Cyrano », ne régresse pas spontanément)
- La lèvre (inférieure mais surtout supérieure avec le risque majeur d'extension vers la cloison nasale)
- Le cou (compression des voies respiratoires)
- Le siège et les organes génitaux (risque d'ulcération de l'hémangiome à cause du frottement et de la macération engendrée par les couches)



Commentaire : Un hémangiome situé dans la région périorbitaire entraîne un risque de déficit partiel de la vision.



Commentaire : L'hémangiome du nez, également appelé angiome "Cyrano", est souvent problématique car il ne régresse pas spontanément.



Commentaire : *Un hémangiome de la lèvre supérieure a un risque majeur d'extension vers la cloison nasale.*



Commentaire : *Un hémangiome du cou peut entraîner une compression des voies respiratoires.*



Commentaire : *Un hémangiome situé au niveau du siège de l'enfant risque de s'ulcérer à cause du frottement et de la macération engendrée par les couches.*

FAQ4 : Comment se traite un hémangiome ?

En principe, il ne faut rien faire. Seule une surveillance médicale est conseillée :

- Surveillance étroite les 6 premiers mois, avec prise de photographies chez le dermatologue.
- Une consultation dermatologique annuelle jusqu'à disparition.

Parfois on peut avoir recours à une thérapeutique en cas de localisation à risque ou de volume lésionnel important :

- Corticothérapie générale
- Corticothérapie intra-lésionnelle
- Laser à colorant pulsé (pour les ulcérations du siège notamment)
- Chirurgie (pour réduire le volume d'un hémangiome situé sur les nez ou une paupière)

EN SAVOIR PLUS

Traitement des hémangiomes par corticothérapie

La corticothérapie générale obtient d'excellents résultats dans la diminution d'hémangiomes volumineux. La posologie est habituellement de 1 mg/kg/jour. Dans les

formes sévères, la corticothérapie générale doit être prescrite à une dose élevée (2 voir 3 mg/kg/jour). Le traitement doit être prolongé au moins deux mois puis il décroît les deux mois suivants ce qui correspond au minimum à une durée de 4 mois.

Pendant cette période le nourrisson avant 6 mois ne doit pas être soumis à un régime particulier : le lait maternisé est faiblement salé. Par contre une surveillance du poids du bébé et de sa croissance est indispensable. La tolérance de ce traitement est variable, parfois médiocre (prise de poids, suractivité, insomnie), parfois meilleure surtout quand les parents observent une diminution évidente de l'hémangiome.

L'ECZEMA CHEZ L'ENFANT

Introduction

L'eczéma représente l'une des affections dermatologiques les plus fréquentes de l'enfance. On peut distinguer l'eczéma atopique de l'eczéma de contact bien qu'il existe beaucoup de similitudes dans leur physiopathologie et dans l'aspect des lésions. La dermatite atopique est très fréquente chez l'enfant. On l'appelle parfois "eczéma du nourrisson", car elle a un caractère héréditaire. L'eczéma de contact est quant à lui beaucoup plus rare chez l'enfant. C'est une affection que l'on acquiert après une sensibilisation à des substances allergisantes en contact avec la peau.

FAQ 1 : Quels sont la fréquence et l'âge de survenue de la dermatite atopique ?

FAQ 2 : Pourquoi la peau d'un enfant atopique réagit-elle si facilement ?

FAQ 3 : Quels sont les signes cliniques de la dermatite atopique ?

FAQ 4 : Où siègent les lésions d'eczéma de la dermatite atopique ?

FAQ 5 : Quels sont les risques de complications ?

FAQ 6 : Quels sont les traitements utilisés dans la dermatite atopique ?

FAQ 7 : Quel est l'intérêt des crèmes émollientes ?

FAQ 8 : Comment le médecin choisit-il le bon dermocorticoïde ?

FAQ 9 : Comment utiliser les dermocorticoïdes ?

FAQ 10 : Faut-il avoir peur des dermocorticoïdes ?

FAQ 11 : Faut-il désinfecter la peau pour prévenir l'infection ?

FAQ 12 : Quels sont les conseils à donner aux mamans d'enfants atopiques ?

FAQ 13 : Quelles différences entre eczéma de contact et eczéma atopique ?

FAQ 14 : Quels allergènes peuvent provoquer un eczéma de contact chez l'enfant ?

FAQ 15 : Que faut-il faire en cas d'eczéma de contact ?

FAQ 1 : Quels sont la fréquence et l'âge de survenue de la dermatite atopique ?

La dermatite atopique est la dermatose infantile la plus fréquente. Les lésions d'eczéma peuvent apparaître dès l'âge de 3 mois et évoluent par poussées qui diminuent progressivement à partir de 2 ans pour disparaître généralement avant l'âge de 10 ans. Cependant, 10 % des enfants atopiques le seront encore à l'âge adulte.

La dermatite atopique est une affection très fréquente dont l'incidence ne cesse d'augmenter : elle touche actuellement 15 à 20 % des enfants, soit trois fois plus qu'il y a trente ans. Cette forte recrudescence ne s'observe que dans les pays industrialisés, surtout dans les villes et dans les catégories socioprofessionnelles élevées.

FAQ 2 : Pourquoi la peau d'un enfant atopique réagit elle si facilement ?

La peau d'un enfant atopique est différente d'une peau normale : fragilité, sécheresse, inflammation cutanée. Elle est donc très sensible à toutes les agressions, aussi minimes soient-elles. Cette situation est le fait de plusieurs facteurs:

1- Les antécédents familiaux :

Les enfants atopiques héritent souvent des symptômes de leurs parents. En effet, plus de 70 % des enfants atteints de dermatite atopique ont des antécédents familiaux de manifestations atopiques (asthme, rhinite ou eczéma). La transmission héréditaire est certaine (il existe un terrain génétique prédisposant), mais son mécanisme est complexe et encore mal connu.

2- Les allergènes de l'environnement :

Avec l'évolution des modes de vie, les allergènes qui nous entourent sont de plus en plus variés et nombreux. La pollution, le changement de nos habitudes alimentaires, l'hygiène toujours croissante, nous exposent à des substances dont notre corps n'a pas l'habitude. Les allergènes alimentaires (protéines du lait de vache, les œufs...) et les allergènes respiratoires (acariens, pollens, graminées, poils d'animaux...) sont mis en cause dans la dermatite atopique. De fait, une diversification importante et précoce de l'alimentation du nourrisson et le confinement des logements apparaissent comme étant les principaux responsables de l'augmentation du nombre d'atopiques.

3 - Des facteurs mécaniques qui sont la cause de fragilité et de sécheresse cutanée :

Chez l'atopique, la mauvaise cohésion des cellules les plus superficielles de l'épiderme fait perdre à la peau une partie de son rôle de barrière protectrice. Les allergènes peuvent alors pénétrer à la faveur de brèches au niveau de la peau.

Des anomalies de la synthèse des corps gras constituant les membranes cellulaires (déficits en acides gras essentiels, urée et céramides) provoquent la sécheresse cutanée. En temps normal, ces substances lipidiques retiennent l'eau dans la peau. Quand la peau est moins grasse, elle tend à s'assécher.

4 - Des facteurs immunologiques à l'origine de l'inflammation cutanée :

Le système immunitaire d'un enfant atopique est hyper réactif car la présence en plus grand nombre de certains lymphocytes, les lymphocytes T Th2, augmente la possibilité de sensibilisation et de réaction du système immunitaire quand survient un allergène :

Le premier contact d'un allergène avec les lymphocytes Th2 stimule la formation d'anticorps IgE spécifiques de l'allergène. C'est la phase de sensibilisation.

Lors d'un contact ultérieur, le système immunitaire entre dans la phase de réaction. L'allergène est reconnu par les anticorps IgE, ce qui déclenche la libération par d'autres cellules du système immunitaire de substances pro-inflammatoires telles que l'histamine, responsables d'une partie des signes cliniques.

FAQ 3 : Quels sont les signes cliniques de la dermatite atopique ?

La dermatite atopique se caractérise par la coexistence de deux symptômes majeurs: les signes cutanés et le prurit.

1- Les signes cutanés

Les signes cutanés sont facilement identifiables : lésions d'eczéma, sécheresse de la peau, signe de Dennie-Morgan.

- **Les lésions d'eczéma** : elles évoluent chronologiquement, passant par des stades différents parfois associés entre eux :
 - 1- L'érythème, c'est-à-dire la rougeur cutanée
 - 2- L'oedème ou gonflement
 - 3- Le suintement des lésions, accompagné de la formation de croûtes
 - 4- Des excoriations ou lésions de grattage
 - 5- La lichénification, c'est-à-dire l'épaississement de la peau provoqué par la cicatrisation des lésions



Commentaire : L'eczéma débute par une rougeur cutanée. Cet érythème est le premier temps de la réaction inflammatoire sous-jacente. Il correspond à la vasodilatation des capillaires.



Commentaire : Dans l'eczéma, l'érythème initial est suivi d'un oedème cutané. Ce gonflement des lésions traduit l'afflux des lymphocytes T qui participent à la réaction inflammatoire.



Commentaire : L'oedème fragilise le ciment intercellulaire et provoque la formation de microvésicules. Le suintement et les croûtes sont liées à la rupture de ces microvésicules à la surface de la peau et forment un milieu de culture propice à la surinfection bactérienne.



Commentaire : Le prurit souvent féroce engendre des lésions de grattage ou excoriations. Le grattage est propice à la dissémination manuportée des germes bactériens responsables des surinfections cutanées. D'où l'importance d'une bonne hygiène des mains chez l'atopique.



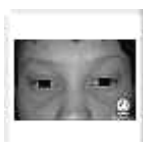
Commentaire : La lichénification correspond à l'épaississement de la peau. Elle est due à la cicatrisation des lésions.

- **La sécheresse cutanée (ou xérose) :** elle touche l'ensemble de la peau et accroît le prurit.



Commentaire : La sécheresse cutanée est une caractéristique importante de la peau de l'atopique. Elle concerne l'ensemble de la peau et augmente le prurit.

- **Le signe de Dennie-Morgan :** il s'agit d'un double pli situé sous la paupière inférieure. Sans être spécifique, ce signe est très fréquent chez l'atopique.



Commentaire : Le signe de Dennie-Morgan correspond à un double pli situé sous la paupière inférieure. Sans être spécifique de l'atopique, il est très fréquent et parfois très marqué.

2- Le prurit

L'eczéma est toujours associé à un symptôme majeur : le prurit. Les démangeaisons féroces sont responsables de lésions de grattage. Le prurit, souvent nocturne, est source d'insomnie et d'irritabilité. Il est exacerbé par la sécheresse cutanée et par la chaleur (bain, sudation...).

FAQ 4 : Où siègent les lésions d'eczéma de la dermatite atopique ?

La localisation des lésions varie selon l'âge :

- Avant deux ans les lésions siègent principalement au niveau des zones de convexités : le visage, le cuir chevelu, les faces d'extension des membres, la main et le pouce.
- Après deux ans, la topographie s'inverse et ce sont essentiellement les plis qui sont atteints : coudes, genoux, sillons rétro-auriculaires, mains, zones péri-orales, paupières.



Commentaire : Avant deux ans les lésions siègent principalement au niveau des zones de convexités : le visage, le cuir chevelu, les faces d'extension des membres, la main et le pouce.



Commentaire : Après deux ans, les lésions siègent principalement au niveau des plis : coudes, genoux, sillons rétro-auriculaires, mains, zones péri-orales, paupières.

FAQ 5 : Quels sont les risques de complications ?

La dermatite atopique est une maladie pénible, mais bénigne. Attention tout de même dans certains cas. Elle peut se compliquer de surinfection bactérienne ou herpétique. L'aspect psychoaffectif n'est pas à négliger non plus, tant pour l'enfant que pour ses parents.

1- La surinfection des lésions par le staphylocoque doré

Le staphylocoque doré est une bactérie constamment présente au niveau des lésions d'eczéma, de façon asymptomatique le plus souvent. Parfois cette bactérie peut déclencher un impétigo à caractère croûteux. L'usage d'antibiotiques doit être évité sauf s'il existe des lésions de surinfection nécessitant alors une antibiothérapie adaptée locale et/ou générale.



Commentaire : *La surinfection de l'eczéma par le staphylocoque doré peut déclencher un impétigo à caractère croûteux caractérisé par un aspect jaunâtre. Dans ce cas, il faut procéder à une antibiothérapie adaptée locale et/ou générale.*

2- la surinfection des lésions par le virus de l'herpès

La surinfection d'un eczéma par le virus de l'herpès se caractérise par la présence de vésicules sur les lésions d'eczéma. Sur un eczéma, les lésions d'herpès ont volontiers un caractère extensif et nécrotique.



Commentaire : *La surinfection d'un eczéma par le virus de l'herpès se caractérise par la présence de vésicules sur les lésions d'eczéma. Sur l'eczéma, les lésions d'herpès ont volontiers un caractère extensif et nécrotique.*

Chez l'atopique, l'herpès est surtout redouté pour la complication qu'il génère : le syndrome de Kaposi-Juliusberg.

EN SAVOIR PLUS

Le syndrome de Kaposi-Juliusberg

Le syndrome de Kaposi-Juliusberg correspond à une forme grave de primo-infection herpétique chez un enfant atteint de dermatite atopique. L'eczéma chronique constitue en effet un terrain propice à la pullulation virale. Des vésicules hémorragiques ou pustuleuses s'étendent rapidement du visage à l'ensemble du corps, aboutissant à de larges plaques de nécroses cutanées souvent surinfectées qui laisseront des cicatrices. L'état général est gravement altéré (fièvre à 39-40°C, risque de septicémie et d'encéphalite).

Du fait de la gravité et de la rapidité d'évolution de cette forme, le traitement nécessite l'hospitalisation de l'enfant et doit intervenir le plus rapidement possible. L'évolution, autrefois fatale chez le nourrisson, est actuellement favorable grâce aux traitements antiviraux.

La prévention du contact avec le virus de l'herpès chez l'atopique est importante et doit être connue des parents : Attention ! En cas de bouton de fièvre, pas de baiser !

3- le retentissement psycho-affectif et familial

Le prurit et l'aspect inesthétique des lésions retentissent sur le psychisme du petit atopique et de ses parents. Les démangeaisons de l'enfant l'empêchent de dormir convenablement et le rendent irritable, triste, capricieux. La maladie est souvent mal supportée par les parents qui réagissent parfois par une certaine exaspération devant cet enfant difficile, défiguré par un eczéma inesthétique et qui les réveille la nuit.

FAQ 6 : Quels sont les traitements utilisés dans la dermatite atopique ?

Le traitement local comporte trois étapes principales :

- Diminuer la sécheresse de la peau par les émollients
- Lutter contre l'inflammation grâce aux dermocorticoïdes
- Prévenir la surinfection au cours des poussées

Des traitements généraux comme des antibiotiques ou des antihistaminiques peuvent parfois être prescrits par le médecin.

EN SAVOIR PLUS

Les traitements généraux

Ils sont rarement employés

- **Les antibiotiques par voie orale** (macrolides, bêtalactamines) :
Ils peuvent être prescrits pendant 10 jours en cas de lésions surinfectées tenaces.
 - **Les antihistaminiques** (Tinset®, Atarax®, Polaramine®, Primalan®):
Ils sont utilisés pour leur action sédatrice et antiprurigineuse lorsque les insomnies nocturnes finissent par perturber la vie familiale.
 - **Les corticoïdes par voie orale :**
Ils ne doivent jamais être employés au cours de la dermatite atopique.
-

La restauration de la barrière cutanée reste cependant le meilleur moyen de diminuer la colonisation bactérienne cutanée. Il faut privilégier la corticothérapie et l'hydratation de la peau par les émollients. L'utilisation systématique d'antiseptiques est inutile.

FAQ 7 : Quel est l'intérêt des crèmes émollientes ?

Souvent négligés, les émollients jouent pourtant un rôle prépondérant dans le traitement de la dermatite atopique. Ce sont des crèmes grasses qui permettent de restaurer l'intégrité de la barrière cutanée en renforçant la cohésion des cellules de l'épiderme et en fournissant à la peau les corps gras qui vont reconstituer le ciment intercellulaire. Les émollients favorisent ainsi la cicatrisation des zones lésées et diminuent la sensation de prurit. Ils sont appliqués immédiatement après le bain et aussi souvent que nécessaire.

FAQ 8 : Comment le médecin choisit-il le bon dermocorticoïde?

La corticothérapie locale constitue le traitement de choix dans le traitement des poussées aiguës. Utilisée à bon escient, elle est sans danger chez l'enfant et apporte indéniablement un soulagement rapide des symptômes. L'action anti-inflammatoire des dermocorticoïdes découle de leurs effets vasoconstricteur et immunosuppresseur.

Il existe quatre catégories de dermocorticoïdes classés selon leur niveau d'activité :

- Classe I : très forte
- Classe II : forte
- Classe III : modérée
- Classe IV : faible

Les principaux dermocorticoïdes

Substances	Groupe IV : activité faible	Groupe III : activité modérée	Groupe II : activité forte	Groupe I : activité très forte
Alclométasone		ACLOSONE [®] crème, pommade		
Amcinonide			PENTICORT [®] crème	
Bétaméthasone (dipropionate)			DIPROSONE [®] crème, pommade, lotion	DIPROLENE [®] crème, pommade
Bétaméthasone (valérate)		CELESTODERM RELAIS [®] crème	BETNEVAL [®] crème, pommade, émulsion CELESTODERM [®] crème, pommade	
Clobétasol				DERMOVAL [®] crème, gel capillaire
Désonide		TRIDESONIT [®] crème LOCAPRED [®] crème	LOCATOP [®] crème	
Diflucortolone			NERISONE [®] crème, pommade, pommade anhydre	
Difluprednate		EPITOPIC 0.02 % [®] crème	EPITOPIC 0.05 % [®] crème, gel	
Fluocinolone		SYNALAR [®] solution		
Fluocortolone		ULTRALAN [®] pommade		
Fluticasone			FLIXOVATE [®] crème, pommade	
Hydrocortisone	DERMASPRAID DEMANGEAISON [®] crème (1) DERMASPRAY DEMANGEAISON [®] spray (1) HYDRACORT [®] crème MITOCORTYL DEMANGEAISONS [®] crème (1) HYDROCORTISONE KERAPHARM crème			
Hydrocortisone (acéponate)			EFFICORT [®] crèmes hydrophile et lipophile	
Hydrocortisone (butyrate)			LOCOID [®] crème, crème épaisse, pommade, lotion, émulsion	

(1) :spécialités de conseil officinal ne nécessitant pas de prescription médicale et non remboursées

Le médecin choisit la classe de dermocorticoïde en fonction de l'âge de l'enfant, du site d'application et de l'importance des lésions. Le dermocorticoïde prescrit sera plus faible :

- Chez le nourrisson que chez l'enfant
- Sur le visage que sur le reste du corps

EN SAVOIR PLUS

Choix de la classe du dermocorticoïde selon l'âge et la localisation à traiter

	Nourrisson	Enfant	Adulte
Visage	<i>Classe IV si indispensable</i>	<i>Classe IV à III</i>	<i>Classe III</i>
Cuir chevelu	<i>Classe IV</i>	<i>Classe III</i>	<i>Classe II</i>
Fesses	<i>Classe IV</i>	<i>Classe III</i>	<i>Classe II</i>
Corps	<i>Classe III</i>	<i>Classe III à II</i>	<i>Classe II</i>
Paume des mains et plantes des pieds	<i>Classe III à II</i>	<i>Classe II</i>	<i>Classe I</i>

Le médecin doit choisir également la galénique adaptée au type de lésions et à leur localisation :

- Les pommades : de texture grasse, elles sont adaptées aux lésions sèches, fissuraires ou épaisses.
- Les crèmes : plus facile à étaler, elles sont mieux adaptées aux plis et aux zones pileuses. Elles conviennent à toutes les lésions même suintantes.

FAQ 9 : Comment utiliser les dermocorticoïdes ?

La consommation de dermocorticoïde doit être rigoureusement surveillée :

- N'appliquer le dermocorticoïde que sur les zones inflammatoires et toujours en petite quantité. Le volume d'un grain de riz suffit sur un avant-bras.
- Une application par jour est suffisante. Les dermocorticoïdes ont un effet rémanent : ils agissent pendant 24 heures.

- Si le traitement dépasse une semaine, il existe 2 possibilités :

- Traiter systématiquement, de façon quotidienne :

A l'arrêt du traitement, une diminution progressive est indispensable pour éviter un phénomène de rebond : une application un jour sur deux pendant une semaine puis un jour sur trois la dernière semaine. Les jours où le dermocorticoïde n'est pas appliqué, une crème émolliente destinée à corriger la sécheresse de la peau est utilisée à la place. Ce schéma thérapeutique n'est pas idéal car sa complexité ne favorise pas l'observance.

- Ne traiter que s'il existe des lésions :

On préfère cette solution, plus simple à mettre en oeuvre et plus efficace. S'il existe des lésions, on traite une fois par jour. Si les lésions disparaissent, on ne traite pas.

- Ne pas appliquer sur les paupières en raison d'un risque de cataracte ou de glaucome.
- Dans la mesure du possible, l'application sur le visage est à éviter car la peau y est plus fine.
- Ne pas appliquer dans les plis ou sous la couche chez le nourrisson en raison d'un risque occlusif aboutissant à un passage du corticoïde dans la circulation sanguine.

FAQ 10 : Faut-il avoir peur des dermocorticoïdes ?

L'efficacité souvent spectaculaire des dermocorticoïdes pourrait faire craindre un usage trop intensif aboutissant à des effets secondaires fâcheux. Mais

paradoxalement, dans de nombreuses situations, notamment chez l'enfant, c'est plutôt l'insuffisance de traitement qui est observée à cause de la réticence des parents à employer de la cortisone. Face à cette véritable corticophobie des parents, il faut dédramatiser l'emploi des corticoïdes locaux en leur expliquant que les effets secondaires sont rares si on les utilise à bon escient.

1- Les effets secondaires locaux

Chez l'enfant atopique, on observe parfois localement un amincissement de la peau, surtout en cas d'application sur le visage, ce qu'il convient d'éviter dans la mesure du possible. Les autres effets secondaires possibles sont exceptionnels : éruption acnéiforme, dépigmentation, retard de cicatrisation des plaies. Les allergies de contact aux corticoïdes existent mais sont, elles aussi, exceptionnelles.

2- Les effets secondaires généraux

Le risque de passage dans le sang est très faible. Il est fonction de la quantité d'application, de la surface de la zone traitée, du lieu d'application (effet d'occlusion des plis de la peau et des couches), des excipients (propylène glycol), et de l'âge (nouveau-né). Divers effets systémiques sont rapportés : retard de croissance, insuffisance surrénalienne aiguë, syndrome de Cushing, diabète, hypertension artérielle, ostéoporose.

FAQ 11 : Faut-il désinfecter la peau pour prévenir l'infection ?

La peau d'un atopique est constamment colonisée par des bactéries et notamment par le staphylocoque doré. Cette prolifération bactérienne induit des symptômes infectieux (suintements, impetigo). Les corticoïdes, dotés de propriétés immunosuppressives, accentuent ces symptômes.

La prévention de l'infection n'a d'intérêt qu'en période de poussée d'eczéma, lorsque les lésions sont susceptibles de se surinfecter. Elle passe tout d'abord par une bonne hygiène corporelle et l'utilisation d'antiseptiques au cours de la toilette.

1- Les antiseptiques locaux

Les antiseptiques ont un effet antibactérien léger et peuvent être utilisés en prévention. Attention néanmoins à les employer avec parcimonie. Une utilisation excessive entraîne des résistances. Ne les appliquer que de façon occasionnelle.

Ils peuvent être utilisés en application sur les lésions (crème à base de sulfate de cuivre et de zinc) ou dilués dans le bain (Septalibour ®, Plurexid ®, Septiane ®...), avec un rinçage et un séchage soigneux pour éviter l'irritation.

Il faut éviter les antiseptiques alcooliques, les antiseptiques mercuriels et les dérivés halogénés qui peuvent entraîner des allergies.

2- Les antibiotiques locaux

Si l'antisepsie locale n'est pas suffisante, et seulement en cas de surinfection avérée, il peut être nécessaire d'appliquer une pommade antibiotique (Fucidine ®, Mupiderm ®), prescrite par le médecin.

FAQ 12 : Quels sont les conseils à donner aux mamans d'enfants atopiques ?

1- Pour sa toilette

Le bain doit être quotidien mais de courte durée (5 minutes maximum). Il permet d'éliminer les squames et les bactéries présentes à la surface de la peau.

- **L'eau du bain** : elle ne doit pas être trop chaude, voisine de 35°C, pour ne pas aggraver l'inflammation et le prurit.

- **Pour nettoyer** : utilisez un pain dermatologique ou un gel sans savon. Eviter les bains moussants et les gels douches parfumés. En période de poussée d'eczéma, utilisez un produit antiseptique en savon ou à diluer dans l'eau du bain.
- **Pour hydrater** : une huile de bain ou des extraits d'avoine peuvent être ajoutés dans l'eau du bain pour l'adoucir, surtout si elle est calcaire. Dans ce cas, ne rincez pas trop votre enfant.
- **Pour terminer** : rincez bien la peau et séchez la sans frotter en tamponnant doucement avec une serviette en coton. Vous pouvez aussi utiliser un sèche-cheveux s'il comporte une position froid. Appliquez ensuite une crème émolliente.
- **Les ongles** : Pensez aussi à couper souvent les ongles de votre enfant pour éviter qu'il ne se gratte.

2- Pour l'habiller :

Ne couvrez pas trop votre enfant, car la chaleur accentue les démangeaisons. N'utilisez que des vêtements doux, proscrivez les textiles rêches :

- **Le coton** : c'est le tissu idéal pour les peaux atopiques.
- **Les vêtements synthétiques** : ils ne sont pas à rejeter s'ils sont doux et de bonne qualité. A éviter s'ils favorisent la transpiration.
- **La laine** : elle est à éviter car, bien que douce au toucher, elle gratte au contact de la peau.
- **Les chaussures** : porter des chaussures en cuir ou en toile mais bannir les chaussures en caoutchouc ou en plastique qui contiennent du latex souvent allergisant.

- **La nuit** : n'hésitez pas à lui mettre des moufles. Cela l'empêchera de se gratter pendant son sommeil.

3- Pour l'entretien du linge

- **La lessive** : privilégiez les lessives liquides et sans phosphates. Utilisez les en quantité limitée.
- **Les assouplissants** : Il faut se méfier de leur usage systématique. S'ils assouplissent le linge, ils contiennent des agents irritants.
- **Le rinçage** : très important. N'hésitez pas à effectuer deux cycles par lessive.
- **Le séchage en machine** : à réaliser quand c'est possible car il rend le linge plus souple.
- **Le repassage** : indispensable. Il désinfecte et assouplit le linge.

4- Pour le ménage

Rien ne remplace l'aspirateur. Evitez les balais et les plumeaux qui brassent de l'air et déplacent la poussière.

5- Pour l'environnement

L'éviction des allergènes de l'environnement contribue au traitement de la dermatite atopique.

- **Les animaux** : leur présence n'est pas souhaitable même si elle peut être psychologiquement bénéfique.
- **Les peluches** : à éviter. Préférez un bon "doudou" en tissu, lavable en machine.
- **Dans la chambre** : bannissez les vieux matelas, les couettes et les duvets contenant de la plume. Aérez la chambre tous les matins pendant une heure en laissant le lit grand ouvert.
- **Les acariens** : il faut leur faire la chasse. Pas de moquette ni de tissu aux murs. Passer l'aspirateur le plus souvent possible. Il existe également des sprays anti-acariens et des housses de matelas traitées.
- **L'atmosphère du logement** : elle ne doit pas dépasser 19°C. Humidifiez et aérez les pièces.
- **Le tabac** : l'usage du tabac doit être supprimé à la maison car il aggrave l'irritation cutanée et favorise les affections bronchiques et ORL de l'atopie (asthme, rhinite).
- **Le climat** : la dermatite atopique s'aggrave l'hiver car le froid dessèche la peau. Il faut alors la protéger en la surgraissant. L'été, les rayons UV du soleil ont des effets bénéfiques sur l'eczéma mais il ne faut pas en abuser. Appliquez les mêmes mesures de protection que pour les autres enfants.

6- Pour son alimentation

- **Chez le nourrisson** : l'allaitement maternel est idéal, relayé par un lait hypoallergénique "H.A." dès le premier biberon. Les autres aliments seront introduits avec prudence, de préférence après 9 mois, notamment l'œuf, l'arachide et le poisson. Une diversification trop précoce de

l'alimentation du nourrisson est l'une des principales causes de dermatite atopique.

- **Chez l'enfant** : il n'y a pas d'aliment défendu. Cependant certains aliments (les fruits exotiques, les fruits secs, les œufs, le poisson, l'huile d'arachide...) peuvent déclencher des crises d'eczéma. Il faut les repérer et les supprimer éventuellement avec l'avis d'un médecin allergologue.

FAQ 13 : Quelles différences entre eczéma de contact et eczéma atopique ?

L'eczéma de contact est une affection allergique survenant après une sensibilisation à des substances entrées en contact avec la peau. Il existe de nombreuses similitudes avec l'eczéma atopique :

- **La physiopathologie :**

Les mécanismes qui déclenchent la réaction cutanée sont les mêmes. Il s'agit d'une hyperstimulation du système immunitaire par des allergènes de l'environnement qui a lieu en 2 temps :

- **Une phase de sensibilisation** à l'allergène qui peut durer de quelques jours à plusieurs années. Elle est asymptomatique.
- **Une phase de déclenchement** qui survient 24 à 48 heures après un nouveau contact avec le même allergène, quelque soit sa quantité. Elle aboutit à une réaction inflammatoire responsable des lésions d'eczéma.

- **Les lésions :**

Les lésions d'eczéma sont très semblables et évoluent de la même façon en passant par des stades successifs : rougeur, gonflement, suintement et croûtes, lésions de grattage et enfin cicatrisation avec épaissement cutané.

Il existe néanmoins des différences entre les deux formes d'eczéma :

- **Les facteurs en cause :**

Chez l'atopique il existe un terrain génétique prédisposant, associé à une sécheresse et une fragilité constitutionnelle de l'ensemble de la peau, alors que l'eczéma de contact a un caractère acquis, sans anomalie préexistante de la barrière cutanée.

- **L'âge de survenue :**

La dermatite atopique peut toucher les enfants dès l'âge de 3 mois avec une intensité maximale des poussées vers 2 ans. L'eczéma de contact est très rare chez le jeune enfant et ne se rencontre même jamais avant l'âge de 2 ans.

- **Les modalités de survenue :**

La dermatite atopique évolue selon un mode chronique par poussées successives et touche plusieurs zones cutanées géographiquement éloignées les unes des autres. L'eczéma de contact survient lorsqu'il y a présence de l'allergène et ne concerne que la zone cutanée en contact avec celui-ci, avec toutefois des éruptions à distance possibles.

L'enfant atopique est néanmoins un candidat sérieux à l'eczéma de contact. Les altérations cutanées de la dermatite atopique et l'application d'un grand nombre de traitements topiques potentiellement allergisants favorisent en effet la survenue d'eczéma de contact.

FAQ 14 : Quels allergènes peuvent provoquer un eczéma de contact chez l'enfant ?

Les allergènes le plus souvent identifiés chez l'enfant atteint d'eczéma de contact sont :

- Métaux :
 - Nickel (boucles d'oreille, boutons de jean, etc.)
 - Cobalt

- Parfums et cosmétiques :
 - Fragrance-mix
 - Conservateurs divers

- Topiques médicamenteux :
 - Dérivés mercuriels
 - Néomycine
 - Baume du Pérou
 - Lanoline
 - Benzocaïne et autres anesthésiques locaux

- Allergènes des chaussures :
 - Bichromate de potassium
 - Résine p.tert. Butylphénolformaldéhyde
 - Colophane
 - Divers accélérateurs de vulcanisation du caoutchouc
 - Paraphénylènediamine

Le nickel est de loin l'allergène le plus fréquemment identifié chez les enfants, notamment chez les filles.

Attention à ne pas confondre un eczéma de contact avec une dermite irritative causée par des produits caustiques comme les savons, les lessives ou les assouplissants. Dans ce cas, le mécanisme n'est pas immunologique mais physico-chimique, il dépend de la dose de produit en contact avec la peau, il survient dans les minutes qui suivent le premier contact et les lésions sont strictement limitées à la zone de contact.

FAQ 15 : Que faut-il faire en cas d'eczéma de contact ?

Le traitement symptomatique est essentiellement local et repose, comme pour la dermatite atopique, sur les dermocorticoïdes. Des antihistaminiques par voie orale peuvent être utilisés en cas de prurit insomniant.

Si les mesures symptomatiques représentent habituellement le premier temps du traitement, seule l'éviction de l'allergène responsable permet d'espérer une guérison durable. Une exploration par des tests cutanés au cours d'une consultation de dermatoa allergologie est parfois nécessaire afin d'identifier le ou les allergènes en cause. A cette occasion, une liste des produits contenant l'allergène doit être fournie aux parents.

Le moment venu se pose le problème de l'orientation professionnelle, notamment chez l'atopique facilement sujet à l'eczéma de contact. Des professions comme aide-ménagère, coiffeur, esthéticienne, mécanicien, peintre, cuisinier, personnel paramédical sont particulièrement exposés

L'ERYTHEME FESSIER

Introduction

L'érythème fessier est une irritation de la peau du bébé localisée au niveau du siège. Enormément de facteurs différents peuvent entraîner un érythème fessier, le plus fréquent étant l'irritation provoquée par les couches. Bénin au départ, l'érythème fessier peut s'aggraver si on ne prodigue pas des soins appropriés.

FAQ 1 : L'érythème fessier, une dermatose banale ?

FAQ 2 : Quelles sont les causes de l'érythème fessier ?

FAQ 3 : Comment identifier la cause de l'érythème fessier ?

FAQ 4 : Quand s'inquiéter devant un érythème fessier ?

FAQ 5 : Comment traiter l'érythème fessier ?

FAQ 6 : Comment prévenir l'érythème fessier ?

FAQ 1 : L'érythème fessier, une dermatose banale ?

L'érythème fessier est très fréquent chez le nourrisson. On l'observe dans sa forme la plus bénigne, formée de quelques plaques rouges épisodiques, chez tous les bébés jusqu'à l'âge de 2 ans. Par contre, les formes plus graves, autrefois courantes, deviennent exceptionnelles en grande partie grâce à l'utilisation des couches jetables hyperabsorbantes.

Il ne faut cependant pas sous estimer la banalité de l'érythème fessier. En effet, l'évolution d'un érythème fessier se fait régulièrement vers l'extension, et certains érythèmes fessiers chroniques, heureusement rares, peuvent correspondre à des infections générales. Avant tout, il faut considérer l'érythème fessier comme un symptôme signal dont il faut découvrir l'origine.

FAQ 2 : Quelles sont les causes de l'érythème fessier ?

L'érythème fessier correspond à une agression de la peau fine et fragile du bébé au niveau du siège. Cette agression est le fait de multiples facteurs qui additionnent leurs effets pour créer les lésions érythémateuses du siège du nourrisson.

1- Les agressions chimiques

- L'incontinence du bébé expose le siège à l'urine et aux selles. Dans un milieu fermé et humide (la couche), l'occlusion entraîne constamment une macération qui fragilise l'épiderme du bébé.
- L'altération de la peau facilite la pénétration des substances irritantes.
- La persistance d'enzymes digestives dans les selles aggrave l'altération de la couche cornée.

- L'augmentation du pH cutané par les urines (génération d'ammoniaque) rend le milieu favorable au développement de microorganismes pathogènes, tels que le candida et le staphylocoque doré, et augmente l'action lytique des enzymes digestives.

2- Les agressions mécaniques

- Le frottement des couches peut contribuer à l'irritation. Les lésions prédominent sur les convexités, c'est-à-dire les zones où il y a le plus de frottement, en dessinant un W qui descend du pubis vers le bas pour remonter de chaque côté le long des cuisses.
- L'utilisation des bodys, ces combinaisons pour bébé se fermant par des boutons-pressions sur le périnée, favorise l'irritation au niveau du pubis par un excès de frottement sur cette région.

3- Des événements particuliers

- Des facteurs généraux tels que les infections digestives (diarrhée, muguet buccal), les infections urinaires, les épisodes fébriles, les poussées dentaires, les otites jouent un rôle déclenchant en augmentant le risque d'infection et d'inflammation au niveau du siège du nourrisson.
- L'application excessive ou accidentelle de produits caustiques comme des savons liquides contenant des ammoniums quaternaires ou des topiques à l'acide borique (contre-indiqué chez le nourrisson) induit des dermites d'irritation.

FAQ 3 : Comment identifier la cause de l'érythème fessier ?

La cause d'un érythème fessier est très souvent facilement reconnaissable. Son identification est essentiellement fonction de la localisation initiale des lésions.

1- Les érythèmes des convexités

Ils sont causés par le frottement des couches. Les lésions prédominent aux convexités, régions les plus exposées aux frottements, et dessinent un W qui descend du pubis et remonte de chaque côté sur la face postérieure des cuisses. La zone frottée de manière répétitive est rouge et, en l'absence de soin, la peau devient érosive et sensible à la surinfection.



Commentaire : La dermite en W est l'atteinte la plus fréquente chez le bébé. C'est le frottement des couches sur les zones de convexité qui dessine cette topographie particulière : l'érythème descend du pubis et remonte de chaque côté en avant des cuisses. Les plis ne sont pas atteints.

2- Les érythèmes péri-orificiels

Ces érythèmes siègent autour de l'anus, du méat urinaire ou de la vulve chez la petite fille. Ils correspondent à l'extension d'une pathologie urinaire, gynécologique ou digestive, d'origine infectieuse ou parasitaire. Dans cette catégorie, les diarrhées sont de grandes pourvoyeuses d'érythèmes fessiers.

3- Les érythèmes des plis

Il s'agit soit d'une atteinte secondaire du fait de l'extension d'un érythème péri-orificiel, soit d'une atteinte primitive des plis. Dans ce dernier cas, la cause est souvent infectieuse (bactéries qui colonisent les plis). On peut aussi incriminer un défaut d'hygiène qui engendre une macération accrue au fonds des plis. Plus rarement l'origine peut être une dermite séborrhéique du nourrisson, également appelée maladie de Leiner Moussous, qui associe une dermite squameuse du cuir chevelu et du visage avec une atteinte du siège.

4- Les érythèmes diffus

Tout le siège peut être atteint, donnant un aspect en culotte rouge. Si le siège devient rouge en quelques jours, voire en quelques heures, cela correspond souvent à l'application accidentelle d'un produit caustique. Si la culotte rouge s'installe progressivement sur des semaines, il s'agit de l'extension d'un érythème fessier, quel que soit son origine, due à l'absence ou à l'insuffisance de soins ou bien à l'opposé en rapport avec des soins excessifs ou inappropriés. Les érythèmes diffus du siège sont des formes compliquées ou prolongées des atteintes précédemment citées.

FAQ 4 : Quand s'inquiéter devant un érythème fessier ?

Le risque de tout érythème fessier, c'est l'extension et le passage à la chronicité qui entretiennent un état inflammatoire permanent du siège du bébé. Un érythème fessier débutant des convexités est aisément contrôlable grâce à des gestes d'hygiène et de soins très simples et régulièrement dispensés. Il faut par contre être beaucoup plus vigilant en cas d'événements particuliers comme une diarrhée ou une infection urinaire, car ils favorisent l'atteinte des plis, l'extension des rougeurs, l'érosion de la peau, la macération et la surinfection.

FAQ 5 : Comment prévenir l'érythème fessier ?

Quelques conseils pratiques permettent d'éviter l'apparition d'érythème fessier :

1- Changez votre bébé très régulièrement

Il faut éviter le contact prolongé des fesses avec les urines et les selles et donc changer le bébé dès qu'il se salit :

- 5 à 6 fois par jour, et plus en cas de diarrhées.
- De préférence après le repas ou la tétée.
- Choisissez des couches de taille suffisante et adaptées au poids de votre enfant pour limiter au mieux les frottements.

2- Lavez systématiquement et en douceur

Matin et soir, une toilette minutieuse est essentielle pour diminuer les irritations :

- Privilégiez un lavage à l'eau tiède additionnée d'un produit adapté : pain dermatologique, lait de toilette ou gel nettoyant, formulé sans savon pour ne pas irriter la peau. Les lingettes nettoyantes sont utiles exceptionnellement quand on n'a pas d'eau à disposition.
- Nettoyez avec attention les plis.
- Rincez abondamment et soigneusement à l'eau tiède pendant 2-3 minutes.
- Séchez minutieusement les fesses de votre bébé en les tamponnant (sans frotter) avec une serviette absorbante.
- Avant de mettre la couche, appliquez éventuellement une pommade protectrice (Aloplastine ®, Eryase ®, Eryplast ®, Mitosyl ®, etc.), dont le but est d'isoler la peau du bébé des matières et de l'humidité.

Au cours de la journée, une toilette plus succincte à chaque change est recommandée pour ne pas irriter la peau. Nettoyez simplement les zones souillées avec un lait de toilette ou une lingette nettoyante. Evitez les produits à base de talc : ils collent à la peau et la font macérer.

FAQ 6 : Comment traiter l'érythème fessier ?

En cas d'irritation du siège de votre bébé, il faut redoubler de vigilance lors de sa toilette biquotidienne. A cette occasion, utilisez un savon antiseptique à base de triclocarban (Septivon ®, Solubacter ®) ou de chlorhexidine (Cyteal ®, Plurexid ®). Procédez ensuite à un rinçage et un séchage très soigneux.

Protégez ensuite la peau du siège avec une pâte protectrice à appliquer en couche épaisse (Aloplastine ®, Eryase ®, Eryplast ®, Mitosyl ®, etc.). Ces pommades très grasses forment un film protecteur isolant vis-à-vis des matières et de l'humidité et inhibe l'action des enzymes digestives. A l'occasion des changes, seule la couche superficielle salie de pâte protectrice est à enlever, le nettoyage complet risquant d'agresser un peu plus la peau lésée.

Aussi souvent que possible, enlevez les couches pour laisser respirer les fesses de votre bébé à l'air libre les premiers jours du traitement.

Outre ces soins habituels, le traitement de l'érythème fessier passe par la correction des facteurs qui l'ont induit : adoption de couches plus adaptées à la taille du bébé, traitement de la diarrhée, traitement de l'infection sous-jacente par des antibiotiques ou des antifongiques.

LA GALE

Introduction

La gale est une ectoparasitose contagieuse due à un acarien qui creuse des sillons dans la peau. Elle provoque un prurit intense.

FAQ 1 : A quoi est due la gale ?

FAQ 2 : Comment les enfants attrapent-ils la gale ?

FAQ 3 : Quelles sont les localisations habituelles de la gale ?

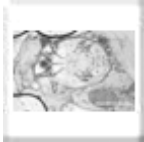
FAQ 4 : Comment la gale se manifeste-t-elle ?

FAQ 5 : Quel est le traitement de la gale chez l'enfant ?

FAQ 6 : Un enfant qui à la gale peut-il aller à l'école ?

FAQ1 : A quoi est due la gale ?

La gale est due à un acarien, *Sarcoptes scabiei*, qui vit exclusivement sur l'homme. L'animal adulte mesure de 0,2 à 0,4 mm, ce qui le rend tout juste visible à l'œil nu. Il se nourrit des squames de peau morte de son hôte. Le mâle reste à la surface de la peau.



Commentaire : *L'agent responsable de la gale est un acarien qui ne vit qu'à la surface de la peau humaine.*

La femelle, quant à elle, creuse des sillons dans la peau et y dépose ses œufs. Elle pond en moyenne deux œufs par jour tout au long de ses 4 à 6 semaines de vie. Les œufs éclosent après 3 à 4 jours. Les larves remontent à la surface et deviennent des adultes reproducteurs en 10 jours.



Commentaire : *La femelle sarcopte creuse des galeries dans la peau et y pond des œufs.*

Le parasite se développe obligatoirement au contact de la peau de l'homme. Quand il n'est plus sur son hôte, le sarcopte s'immobilise et meurt en moins de 5 jours. En outre, il ne survit pas plus de quelques minutes à des températures de plus de 55°C.

FAQ2 : Comment les enfants attrapent-ils la gale ?

La gale apparaît surtout du fait de mauvaises conditions d'hygiène. Mais il n'y a pas que dans les milieux sociaux défavorisés que l'on attrape la gale. Du fait des conditions de promiscuité à l'école ou à la crèche, aucun enfant n'est à l'abri.

La gale ne se transmet pas lors des contacts de courte durée de la vie courante tels qu'une simple poignée de main. De même, la transmission par les vêtements ou la literie ne semble pas évidente. La transmission interhumaine nécessite des contacts intimes et prolongés. Les enfants constituent alors une cible de choix pour le parasite: les câlins des parents, les jeux en collectivité sont autant d'occasions de contacts rapprochés.

FAQ3 : Quelles sont les localisations habituelles de la gale ?

La gale touche surtout les mains, les poignets et les pieds. Elle épargne en général le visage, le cuir chevelu et le haut du dos.

Le parasite femelle creuse des sillons dans la peau là où la couche cornée est la plus épaisse. Cela explique les localisations habituelles des sillons :

- Les paumes des mains
- La face antérieure des poignets
- Les plantes des pieds (très fréquent chez le nourrisson)
- Les fesses (très fréquent chez le nourrisson)
- Les espaces interdigitaux
- Les aisselles
- L'aréole des seins
- Le pourtour du nombril
- Les organes génitaux, chez le garçon
- Les cuisses

En revanche, le parasite épargne presque toujours le visage, le cuir chevelu et le haut du dos.



Commentaire : Chez le nourrisson, certaines localisations sont plus fréquentes que chez l'adulte : la plante des pieds, les fesses. L'atteinte possible du visage liée à une transmission par les draps se voit chez le nourrisson mais ne se rencontre jamais chez l'adulte.



Commentaire : Chez l'enfant comme chez l'adolescent, les sites de prédilection sont les replis interdigitaux des mains et des pieds, le pli des aisselles, l'aréole des seins et la zone péri-ombilicale. Ils correspondent à des endroits où la peau est plus épaisse.

FAQ4 : Comment la gale se manifeste-t-elle ?

La gale se caractérise par la présence de sillons souvent peu visibles, et par un prurit féroce très insomniant.

1- la présence de sillons difficile à voir

Les sillons sont des lésions linéaires de quelques millimètres de long, avec une discrète surélévation à l'une des deux extrémités. Ils apparaissent dès le début de l'infestation, mais passent souvent inaperçus. C'est sur les paumes et les plantes qu'ils sont les plus visibles. Pour les mettre en évidence, on badigeonne la peau avec de l'encre de chine puis on rince à l'eau claire. Les sillons colorés se dessinent alors très nettement.



Commentaire : La lésion de la gale est formée d'un sillon irrégulier de quelques millimètres en virgule qui correspond aux œufs de larve localisés avec prédilection au niveau des extrémités.

2- Des démangeaisons féroces

Le prurit survient 2 à 4 semaines après l'apparition des premiers sillons. C'est une sensibilisation progressive vis-à-vis de l'acarien qui provoque ces démangeaisons, comme une véritable allergie. Des papules érythémateuses, voire des nodules apparaissent. Le prurit s'intensifie rapidement et gagne tout le corps. Il devient très vite insupportable et empêche le sommeil. Les démangeaisons sont exacerbées par les bains chauds et la tiédeur du lit.



Commentaire : La présence du sarcopte provoque des démangeaisons intenses. Le grattage déclenche l'apparition de papules érythémateuses et de nodules inflammatoires. Un érythème eczémateux, prurigineux et papulovésiculaire peut se développer.

FAQ5 : Quel est le traitement de la gale chez l'enfant ?

Le traitement de la gale comporte deux volets :

1- Le traitement du malade et de son entourage familial immédiat

En première intention, on procède à l'application d'un scabicide topique :

- **Le benzoate de benzyle** (Ascabiol ® lotion) : c'est le traitement de référence utilisé en France actuellement, chez l'adulte comme chez l'enfant.

EN SAVOIR PLUS

Le benzoate de benzyle : ASCABIOL ® lotion

Le traitement s'effectue le soir après la toilette.

Sécher l'enfant puis appliquer ASCABIOL ® à l'aide d'un pinceau plat, sur tout le corps, y compris les organes génitaux et le cuir chevelu, en insistant plus particulièrement sur

les plis et les mains, en évitant seulement le visage et les muqueuses. Laisser sécher le produit. Mettre des vêtements propres et changer la literie pour la nuit.

Chez l'enfant de plus de 2 ans : *laisser le produit en contact pendant 24 heures, puis rincer. Renouveler l'application pendant 24 autres heures.*

Chez l'enfant de moins de 2 ans : *attendre 12 heures puis lui faire prendre un bain pour éliminer le produit. Ne pas renouveler l'application.*

Remarques :

- *Chez les jeunes enfants, il est conseillé de bander les mains pour éviter une ingestion accidentelle du produit.*
 - *Il est conseillé de traiter l'entourage simultanément de la même manière, même en l'absence de signes cliniques.*
 - *Le prurit peut persister encore 8 à 15 jours avant de régresser. Cela ne doit pas être considéré d'emblée comme un échec thérapeutique et il n'y a pas lieu de répéter l'application du produit. Ce prurit résulte conjointement de l'effet irritant du produit et de la persistance de la réaction allergique due à la présence du parasite mort sous la peau. La prescription d'un antihistaminique (Clarityne®, Zyrtec®, etc.) permettra de calmer les démangeaisons.*
 - *Le benzoate de benzyle est un produit très irritant et provoque parfois une eczématisation. Dans ce cas, un dermocorticoïde pourra être prescrit pendant quelques jours.*
-

- **L'esdépallethrine** (Spregal ® aérosol) : d'efficacité probablement inférieure, mais moins toxique, il sera préféré chez le nourrisson.

EN SAVOIR PLUS

Esdépallethrine : SPREGAL® aérosol

Le traitement s'effectue le soir après la toilette.

Sécher l'enfant puis pulvériser SPREGAL® sur tout le corps, y compris les organes génitaux et le cuir chevelu, en insistant plus particulièrement sur les plis et les mains, en évitant seulement le visage et les muqueuses. Laisser sécher le produit. Mettre des vêtements propres et changer la literie pour la nuit.

Laisser le produit en contact pendant 12 heures, puis rincer.

Une deuxième application 7 jours plus tard est recommandée pour assurer l'efficacité du traitement

Remarques :

- *L'utilisation d'aérosol est fortement déconseillée chez l'enfant asthmatique en raison du risque de bronchospasme. Dans tous les cas, les pulvérisations doivent être effectuées dans une pièce bien aérée, en évitant bien entendu de pulvériser en direction des yeux, du nez et de la bouche.*
 - *Chez les jeunes enfants, il est conseillé de bander les mains pour éviter une ingestion accidentelle du produit.*
 - *Il est conseillé de traiter l'entourage simultanément de la même manière, même en l'absence de signes cliniques.*
 - *Le produit étant peu efficace sur les œufs, il est conseillé d'effectuer une deuxième fois le traitement 7 jours plus tard pour éliminer les jeunes sarcoptes qui ont pu éclore dans l'intervalle.*
-

Ces produits sont en vente libre en pharmacie.

- **En cas d'échec** : on utilise un traitement oral d'ivermectine (Stromectol® comprimés)

L'ivermectine est toutefois réservé à l'enfant de plus de 15 kg et nécessite une prescription médicale. Stromectol® est un antihelminthique, qui est depuis juin 2003 pris en charge par la Sécurité sociale dans le traitement de la gale sarcoptique humaine.

EN SAVOIR PLUS

L'ivermectine : STROMECTOL® comprimés

Le traitement consiste en une dose orale unique administrée à jeun avec de l'eau. La dose peut être prise à tout moment de la journée, mais il conviendra de veiller à ce qu'il ne soit pas pris de nourriture pendant les 2 heures qui précèdent ou qui suivent son administration, l'influence de l'alimentation sur l'absorption n'étant pas connue.

Le traitement est réservé aux enfants de plus de 15 kg.

Chez l'enfant de moins de 6 ans, les comprimés seront écrasés avant d'être avalés.

La posologie recommandée est de 200 µg d'ivermectine par kilogramme de poids corporel en prise unique par voie orale.

La guérison ne sera estimée comme définitive que 4 semaines après le traitement. La persistance d'un prurit ou de lésions de grattage ne justifie pas un deuxième traitement avant cette date.

L'administration d'une deuxième dose 2 semaines après la dose initiale ne doit être envisagée que :

- *S'il apparaît de nouvelles lésions spécifiques.*
 - *Si l'examen parasitologique est positif à cette date.*
-

2- La décontamination de l'environnement

Il est nécessaire de décontaminer tout objet susceptible d'abriter le parasite (vêtements, literie, mobilier, etc.). Diverses méthodes de décontamination doivent être mises en œuvre :

- Lavage en machine à 60°C quand c'est possible.
- Isolement en sacs plastiques pendant 5 jours des autres objets.
- Pulvérisation d'un insecticide sur le mobilier.

EN SAVOIR PLUS

La décontamination de l'environnement

La désinfection de l'environnement, des vêtements et de la literie est indispensable si l'on veut éviter une réinfestation du malade ou la contamination de ses proches.

Elle comprend :

- *Le lavage en machine à 60°C des textiles supportant cette température : linge de corps, linge de toilette, draps, taies d'oreiller, etc.*

- *L'isolement des tissus et autres objets non lavables en sacs plastiques hermétiquement fermés et entreposés dans un endroit frais pendant 5 jours : couettes, couvertures, oreillers, traversins, gants, chaussures, chaussons, etc.*
 - *La pulvérisation d'un désinfectant antiparasitaire (A-PAR®) sur le mobilier susceptible d'être contaminé : matelas, fauteuils et canapés, etc.*
-

FAQ6 : Un enfant qui à la gale peut-il aller à l'école ?

Tout dépend en fait s'il est ou non traité. En raison du risque élevé de transmission du parasite entre les enfants, notamment lors des jeux pendant la récréation, il est déconseillé d'envoyer un enfant porteur de la gale à l'école. Mais cela ne concerne que les enfants pas encore traités. Dès que le traitement est effectué, l'enfant n'est en principe plus contagieux pour ses camarades, et il peut donc retourner à l'école.

L'HERPES

Introduction

L'herpès est une maladie très répandue. L'agent responsable est un virus que l'on contracte le plus souvent dans la petite enfance. Les lésions sont situées au niveau du visage, notamment sur les lèvres (le classique « bouton de fièvre »), ou au niveau génital. Hormis la gêne occasionnée et l'impact psychologique, c'est une maladie bénigne, mais qui peut cependant être très grave chez l'atopique et le nouveau-né. L'herpès peut revenir par crises plus ou moins régulièrement tout au long de la vie. Aujourd'hui, des traitements locaux ou généraux efficaces permettent de diminuer l'intensité de ces récurrences.

FAQ 1 : Herpès, quelle fréquence ?

FAQ 2 : A quoi est dû l'herpès ?

FAQ 3 : Comment se transmet le virus ?

FAQ 4 : Comment se passe la première contamination ?

FAQ 5 : Comment reconnaître une primo-infection ?

FAQ 6 : Comment expliquer les récurrences ?

FAQ 7 : Comment reconnaître les récurrences ?

FAQ 8 : L'herpès peut-il survenir ailleurs qu'au niveau labial ou génital ?

FAQ 9 : Quand s'inquiéter devant un herpès ?

FAQ 10 : De quels types de traitements dispose-t-on contre l'herpès ?

FAQ 11 : Quelles sont les limites des traitements antiherpétiques ?

FAQ 12 : Quel traitement pour une primo-infection ?

FAQ 13 : Quel traitement pour les récurrences ?

FAQ 14 : Quel traitement pour prévenir les récurrences ?

FAQ 15 : Quel traitement dans les formes graves ?

FAQ 16 : Quels conseils donner à une maman d'enfant herpétique ?

FAQ 1 : Herpès, quelle fréquence ?

L'herpès est une maladie virale très répandue. En France, l'herpès oro-labial affecte environ 10 millions de personnes et l'herpès génital environ 2 millions.

90 % de la population est porteur du virus herpétique de type 1, responsable le plus souvent de l'herpès oro-labial. La contamination a lieu la plupart du temps dans l'enfance entre 6 mois et 5 ans, avec les baisers et le maternage des parents.

15 % de la population est porteur du virus herpétique de type 2, responsable le plus souvent de l'herpès génital. Ce dernier est nettement moins répandu chez les enfants car il se contracte surtout lors des rapports sexuels. On le retrouve néanmoins dans les infections néonatales transmises au moment de l'accouchement.

Les récurrences ne concernent que 20 à 40 % des porteurs de virus. De nombreuses personnes peuvent en effet avoir été contaminées par le virus sans jamais développer de signes visibles d'herpès. Malgré tout, ces personnes sont elles aussi contagieuses.

FAQ 2 : A quoi est dû l'herpès ?

C'est une maladie virale. Deux types de virus sont responsables de l'herpès :

- L'*Herpes simplex* virus de type 1 (HSV-1) :
Plus souvent responsable des herpès situés au niveau du visage avec notamment la localisation oro-labiale, communément appelé « bouton de fièvre ».

- L'*Herpes simplex* virus de type 2 (HSV-2) :
Il est responsable des herpès situés au niveau génital.

En fait il est possible de retrouver HSV-2 dans une localisation oro-labiale, et HSV-1 dans une localisation génitale. Il s'agit alors d'une contamination croisée, soit par auto-inoculation, soit lors de rapports sexuels oro-génitaux.

FAQ 3 : Comment se transmet le virus ?

L'herpès se contracte par contact direct avec une personne infectée, qu'elle présente ou non des symptômes (le risque est plus faible en période asymptomatique, mais il existe). Les voies orales et génitales sont les 2 voies habituelles de transmission, à partir des lésions et/ou des produits de sécrétion infectés.

FAQ 4 : Comment se passe la première contamination ?

Le premier contact avec le virus passe souvent inaperçu. Chez l'enfant on observe parfois une gingivostomatite, infection douloureuse de la bouche et des gencives accompagnée de fièvre.

Une fois dans l'organisme, le virus se multiplie à l'endroit où il a pénétré, puis il gagne un ganglion nerveux (celui qui correspond au territoire cutané infecté) où il élit domicile à vie. Il y demeure à l'état latent, bien à l'abri du système immunitaire et des médicaments antiviraux, ce qui fait qu'on ne guérit jamais réellement de la maladie.

FAQ 5 : Comment reconnaître une primo-infection ?

1- Au niveau oro-labial, la primo-infection est parfois bruyante.

La primo-infection survient habituellement dans l'enfance, entre 6 mois, moment où le nourrisson n'est plus protégé par les anticorps maternels et 5 ans. HSV-1 est l'agent le plus souvent responsable.

Les formes inapparentes sont les plus fréquentes (80 % des cas). La primo-infection peut cependant se manifester par une gingivostomatite aiguë. L'enfant présente alors une infection douloureuse de la bouche et des gencives, avec une forte fièvre et de gros ganglions sous la mâchoire.



Commentaire : La gingivostomatite est la présentation clinique la plus commune de l'infection primaire à virus herpès type 1. Cette stomatite herpétique présente de nombreuses vésicules réparties sur les muqueuses orales et les gencives et donnant des ulcérations jaunâtres.

EN SAVOIR PLUS

La gingivostomatite herpétique aiguë

La gingivostomatite herpétique aiguë survient chez le petit enfant, à partir de 6 mois. L'incubation dure de 4 à 8 jours et s'accompagne de douleurs buccales et de difficultés à avaler qui gênent l'alimentation.

Les muqueuses de la bouche sont rouges, œdémateuses, recouvertes de vésicules à contenu clair qui évoluent en donnant des ulcérations jaunâtres entourées d'un halo rouge vif. Les gencives sont gonflées et saignent au moindre contact. Il peut y avoir des vésicules autour de la bouche et jusque sur le menton.

Les signes locaux s'accompagnent d'un malaise général : fièvre à 39-40°C, ganglions durs et douloureux, douleurs à la déglutition, nausées, possibilité de diarrhée.

Malgré ce tableau clinique impressionnant, l'évolution se fait régulièrement vers la diminution de la fièvre et la disparition totale des signes locaux en 8 à 15 jours.

2- Au niveau génital, la primo-infection est souvent très douloureuse.

En dehors de l'herpès néonatal, la primo-infection génitale à HSV-2 est une éventualité rare chez l'enfant en dehors d'abus sexuels et survient le plus souvent à partir de l'adolescence en période d'activité sexuelle. HSV-1 peut parfois déclencher une primo-infection herpétique génitale suite à une auto-inoculation à partir d'une gingivostomatite initiale.

La primo-infection génitale se manifeste dans un contexte fébrile par des lésions douloureuses des organes sexuels (vulvovaginite chez la femme, balanite chez l'homme), accompagnées de symptômes spécifiques tels que des démangeaisons, des picotements, des brûlures. Chez la jeune femme, ces symptômes sont violents et extrêmement douloureux. L'évolution a lieu sur 2 à 3 semaines.

FAQ 6 : Comment expliquer les récurrences ?

Le virus ressort de temps en temps du ganglion nerveux où il se terre, déclenchant une crise d'herpès. De nombreux facteurs jouent un rôle très important dans le déclenchement de ces récurrences : le stress, la fatigue, une émotion, la fièvre, une maladie, l'exposition solaire, le chaud ou le froid, les règles, un traumatisme local. Ces facteurs sont variables d'une personne à une autre. Il est important d'apprendre à reconnaître les signes annonciateurs de la poussée afin de commencer le traitement le plus vite possible.

EN SAVOIR PLUS

Les récurrences

Les récurrences correspondent à la reprise d'un cycle de multiplication des virus à l'occasion d'une rupture de l'équilibre entre l'immunité locale et la réplication virale. Des facteurs déclenchants nombreux et variés en sont à l'origine :

- le stress, une émotion
- un état de fatigue
- la fièvre
- une maladie
- l'exposition solaire
- un changement climatique (la chaleur, le froid)
- les règles
- un traumatisme local (plaie, brûlure)

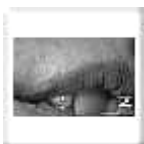
Une fois le virus réactivé, il refait le chemin en sens inverse, du ganglion vers le site cutané, et il réapparaît là où il a été contracté.

La fréquence et l'intensité de ces récurrences varient d'un individu à un autre. Elles sont même parfois asymptomatiques, mais tout aussi contagieuses.

FAQ 7 : Comment reconnaître les récurrences ?

1- Au niveau labial, il s'agit du bouton de fièvre.

Il s'agit du « bouton de fièvre ». Les récurrences oro-labiales sont annoncées par une sensation de cuisson, des picotements ou des démangeaisons. Elles donnent lieu à l'apparition de petites vésicules à contenu clair, groupées en bouquets, qui se transforment rapidement en croûtes. Ces croûtes tombent en 1 à 2 semaines. Il reste parfois une petite plaque érythémateuse qui s'atténue progressivement. Les signes généraux sont absents ou minimes.



Commentaire : Le bouton de fièvre est la manifestation la plus commune des récurrences herpétiques. Des démangeaisons ou une sensation de brûlure précèdent d'une heure ou deux le développement de petites vésicules groupées en bouquet.

2- Au niveau génital, c'est une forme atténuée de la primo-infection.

Elles sont essentiellement le fait de l'adulte. Les signes cliniques correspondent à une forme atténuée de la primo-infection génitale. L'évolution a lieu sur une dizaine de jours.

FAQ 8 : L'herpès peut-il survenir ailleurs qu'au niveau labial ou génital ?

En dehors des « classiques » localisations oro-labiales ou génitales, les infections herpétiques peuvent survenir presque n'importe où sur le corps. Il s'agit le plus souvent d'auto-inoculation à partir d'un herpès labial ou génital. Il peut y avoir aussi transmission lors d'un contact rapproché, à l'occasion par exemple de sports de contacts (judo, rugby, ...).

FAQ 9 : Quand s'inquiéter devant un herpès ?

L'herpès est une maladie bénigne dans la grande majorité des cas. Il existe tout de même des situations où l'infection présente un caractère embêtant, voire parfois même gravissime.

1- Quand l'herpès touche les yeux.

L'herpès oculaire provoque des troubles de la vue et laisse parfois des séquelles.



Commentaire : En cas de localisation oculaire, le virus peut provoquer une inflammation de la cornée : c'est la kératite herpétique. Après guérison, des cicatrices peuvent subsister. Elles sont la cause de troubles définitifs de la vue.

EN SAVOIR PLUS**La kératite herpétique**

L'infection oculaire herpétique est une cause importante de cécité. De nombreuses récurrences d'herpès oculaire sont dangereuses pour la vue. Le virus provoque une inflammation de la cornée : c'est la kératite herpétique. Après guérison, des cicatrices peuvent subsister. Elles sont la cause de troubles définitifs de la vue. Dans tous les cas, si l'on suspecte une origine herpétique devant une atteinte oculaire, il faut proscrire formellement les collyres corticoïdes car ils favorisent la dissémination et l'extension en profondeur du virus.

2- Quand l'herpès touche le doigt.

Le panaris herpétique est une source de dissémination facile pour infecter d'autres localisations ou d'autres personnes.



Commentaire : *L'auto-inoculation au doigt se produit fréquemment chez un enfant atteint d'une gingivostomatite herpétique et suçant son pouce. Le simple fait de toucher un bouton de fièvre peut aussi contaminer les doigts. Le doigt devient rouge et gonflé avec parfois quelques vésicules. Contrairement à un panaris bactérien, il n'y a pas de douleur pulsatile dans le doigt. L'atteinte du doigt est un facteur facilitant la dissémination de l'infection, notamment au niveau génital ou oculaire. Il est alors important d'avoir une hygiène rigoureuse des mains.*

3- Quand l'herpès survient chez un nouveau-né.

S'il est contracté par le nouveau-né pendant ou après sa naissance (jusqu'à un mois), l'herpès compromet le pronostic vital en cas de forme généralisée ou d'encéphalite.

EN SAVOIR PLUS**L'herpès néonatal**

L'herpès néonatal est rare (1 cas pour 5000 naissances). Il se transmet au moment de la naissance (par contact avec le virus lors du passage dans la filière génitale) ou au cours du mois suivant l'accouchement (à partir d'un herpès dans l'entourage du bébé). Au moment de l'accouchement, le risque de transmission est très élevé en cas de primo-infection maternelle (dans la plupart des cas dramatique, car asymptomatique donc diagnostiqué tardivement). Le nouveau-né, dont les défenses immunitaires sont immatures, développe alors un herpès aigu. Les formes cutanéomuqueuses localisées (20 % des cas) représentent la forme la plus bénigne d'herpès néonatal.

Deux tableaux sont effroyables :

- Les formes généralisées (50 % des cas) sont les plus graves. Elles associent des lésions cutanées avec une atteinte polyviscérale touchant le foie, les poumons, les surrénales et le cerveau. L'évolution est gravissime.*
 - La méningoencéphalite (30 % des cas) provoque la mort ou des séquelles neurologiques chez pratiquement tous les bébés en cas de traitement tardif (diagnostic tardif, surtout en l'absence de signes cutanés).*
-

4- Quand l'herpès survient chez l'atopique.

Chez l'enfant atteint de dermatite atopique, l'herpès est plus volontiers extensif. Les lésions s'étendent localement à partir du foyer infectieux initial. Elles sont souvent nécrotiques.



Commentaire : *La surinfection d'un eczéma par le virus de l'herpès se caractérise par la présence de vésicules sur les lésions d'eczéma. Sur un eczéma, les lésions d'herpès ont volontiers un caractère extensif et nécrotique.*

Dans de rares cas, on peut observer un syndrome de Kaposi-Juliusberg. Il s'agit d'une primo-infection herpétique chez un enfant atteint de dermatite atopique. C'est une forme grave d'herpès qui constitue une urgence thérapeutique.

EN SAVOIR PLUS

Le syndrome de Kaposi-Juliusberg

Le syndrome de Kaposi-Juliusberg correspond à une forme grave de primo-infection herpétique chez un enfant atteint de dermatite atopique. L'eczéma chronique constitue en effet un terrain propice à la pullulation virale. Des vésicules hémorragiques ou pustuleuses s'étendent rapidement du visage à l'ensemble du corps, aboutissant à de larges plaques de nécroses cutanées souvent surinfectées qui laisseront des cicatrices. L'état général est gravement altéré (fièvre à 39-40°C, risque de septicémie et d'encéphalite).

Du fait de la gravité et de la rapidité d'évolution de cette forme, le traitement nécessite l'hospitalisation de l'enfant et doit intervenir le plus rapidement possible. L'évolution, autrefois fatale chez le nourrisson, est actuellement favorable grâce aux traitements antiviraux.

5- Quand l'herpès s'accompagne de troubles de la conscience.

Il peut s'agir d'une encéphalite herpétique qui survient lors d'une primo-infection ou d'une réactivation de HSV-1. Chez le nourrisson elle peut causer le décès ou des séquelles neurologiques définitives.

EN SAVOIR PLUS

L'encéphalite herpétique

L'encéphalite herpétique survient lors d'une primo-infection ou d'une réactivation de HSV-1. Son incidence est faible, comprise entre 1/250 000 et 1/500 000 personnes par an. Le début de la maladie est marqué par une forte fièvre (39-40°C) avec des crises convulsives. Il s'ensuit des troubles de la conscience et des atteintes de la motricité. Les signes s'aggravent jusqu'à l'établissement d'un coma.

La prise en charge thérapeutique la plus précoce permet d'éviter le décès ou les séquelles neurologiques. Chez le nourrisson, l'évolution est très aléatoire : après une amélioration transitoire, de lourdes séquelles épileptiques et cognitives surviennent parfois ultérieurement.

FAQ 10 : De quels types de traitements dispose-t-on contre l'herpès?

Les médicaments utilisés dans le traitement de l'herpès sont des antiviraux. Ils n'agissent que sur les cellules infectées où ils interrompent la réplication virale. Ils ne présentent pas de contre-indications majeures et leurs effets secondaires sont rares et bénins.

Le plus utilisé est l'aciclovir (Zovirax ®). On l'utilise sous forme de sirops, de comprimés, en pommade ophtalmique, en crème ou en injectable.

EN SAVOIR PLUS

L'aciclovir

L'aciclovir est un analogue nucléosidique qui se substitue à la guanosine naturelle lors de la réplication de l'ADN viral. Il interrompt ainsi la réplication virale. Son action est ciblée à la cellule infectée : c'est une prodrogue qui nécessite d'être phosphorylée par une enzyme virale (la thymidine kinase) pour être active. L'aciclovir peut servir à traiter les infections herpétiques à HSV-1, HSV-2 et à virus varicelle-zona. Son emploi est possible chez la femme enceinte et chez le nouveau-né.

Les effets secondaires sont rares :

- *Toxicité rénale chez les insuffisants rénaux sévères*
- *Troubles digestifs*
- *Troubles neurologiques (céphalées, confusions)*
- *Troubles hépatiques*

Ils sont bénins et régressent toujours, parfois même en cas de poursuite du traitement.

Le valaciclovir (Zelitrex ® comprimés), prodrogue de l'aciclovir, présente une meilleure biodisponibilité mais ne possède pas d'indication chez l'enfant actuellement.

D'autres antiviraux existent, notamment sous forme de crème ou de collyre :

- La vidarabine (Vira-MP ® gel)
- Le penciclovir (Denavir ® crème), réservé à l'adulte.
- Le ganciclovir (Virgan ® gel ophtalmique), utilisable chez l'enfant à partir de 4 ans.
- La trifluridine (Virophtha ® collyre)
- L'idoxuridine (Iduviran ® collyre)

FAQ 11 : Quelles sont les limites des traitements antiherpétiques ?

Actuellement, il n'existe pas de traitement permettant de se débarrasser une fois pour toute de l'herpès. Les médicaments disponibles agissent en phase de réplication virale, mais ils ne sont pas capables d'agir sur le virus à l'état latent dans les ganglions sensitifs nerveux.

Le traitement doit être démarré le plus tôt possible. Dans ce cas, il réduit significativement les signes cliniques et la durée de cicatrisation des lésions. Mais il n'empêche pas la survenue possible de récurrences ultérieures. Dans certains cas, si les récurrences sont fréquentes, il peut être proposé un traitement préventif afin de réduire la fréquence de ces épisodes.

FAQ 12 : Quel traitement pour une primo-infection ?

Chez l'enfant, on utilise la forme orale de l'aciclovir (Zovirax 200 ®) : 1 mesure ou 1 comprimé 5 fois par jour pendant 10 jours.

En cas de gingivostomatite, des antalgiques sont souvent nécessaires au début pour faciliter l'alimentation, essentiellement liquide les premiers jours.

En cas d'herpès génital, des soins antiseptiques et des antalgiques sont là aussi utiles.

FAQ 13 : Quel traitement pour les récurrences ?

Pour un bouton de fièvre, un traitement topique est en théorie suffisant. La crème à base d'aciclovir (Zovirax 5% ® crème) doit être appliquée le plus précocement possible à raison de 5 fois par jour pendant 5 à 10 jours.

En cas de récurrence au niveau oculaire, des pommades ou des collyres sont efficaces (Zovirax 3% ® pommade, Virgan ® gel, Virophtha ® collyre, Iduviran ® collyre).

En cas de récurrence génitale, un traitement oral d'aciclovir est indiqué (Zovirax 200 ®) : 1 mesure ou 1 comprimé 5 fois par jour pendant 5 jours.

FAQ 14 : Quel traitement pour prévenir les récurrences ?

En cas de récurrences très fréquentes (plus de 6 poussées par an), il peut être proposé un traitement d'aciclovir (Zovirax 200 ®), à raison de 2 mesures ou 2 comprimés 2 fois par jour pendant 6 à 9 mois.

Le traitement préventif diminue le nombre et l'intensité des poussées. Le risque de contagiosité n'est pas nul, mais bien moindre.

FAQ 15 : Quel traitement dans les formes graves ?

En cas d'herpès néonatal, de syndrome de Kaposi-Juliusberg ou d'encéphalite herpétique, l'enfant doit être hospitalisé. Le traitement se fait par voie intraveineuse (Zovirax ® intra-veineux). La durée du traitement est fonction de l'amélioration clinique de l'enfant.

FAQ 16 : Quels conseils donner à une maman d'enfant herpétique ?

1- Pour lutter contre la contagion :

- Se laver les mains après chaque contact avec les lésions.
- Ne pas échanger les objets et effets personnels (serviettes de toilette ou de table, verres, couverts, brosse à dents).
- Etre conscient de la présence du virus quelques jours avant et après une poussée (et parfois en dehors des poussées) dans les sécrétions salivaires et génitales.
- Etre prudent lors des câlins et des baisers avec un enfant en cas d'herpès labial.

2- Pour éviter l'autocontamination :

- Laver scrupuleusement les mains si les doigts ont été en contact avec les lésions.
- Bannir tout frottement des yeux en période de poussée.

3- Pour prévenir les récurrences :

- Apprendre à reconnaître les signes annonciateurs afin de traiter rapidement.
- Lors d'expositions solaires, utiliser un stick labial photoprotecteur.
- Réduire le stress et la fatigue.

4- Pour faciliter la cicatrisation des lésions :

- Ne pas désinfecter les lésions à l'alcool. Cela brûle et provoque une irritation qui entretient l'herpès.
- Ne pas arracher les croûtes, au risque de retarder la cicatrisation.
- Eviter le maquillage et les fonds de teints masquant qui ralentissent la cicatrisation.
- Eviter les pansements, l'air sec aidant à cicatriser.
- Bannir toute utilisation de corticoïde en pommade ou en collyre, qui font « flamber » le virus.

5- Bannir les situations à risque :

Proscrire tout contact avec les personnes sensibles au virus : les femmes enceintes proche du terme, les nouveaux-nés et les enfants atteints de dermatite atopique.

L'IMPETIGO

Introduction

L'impétigo est une infection bactérienne de la peau fréquente chez les enfants. C'est une maladie très contagieuse, favorisée par le défaut d'hygiène. L'impétigo se traite facilement grâce à des soins locaux souvent associés à la prise d'un antibiotique oral.

FAQ 1 : Qu'est-ce que l'impétigo ?

FAQ 2 : Qu'est-ce qui favorise la survenue de l'impétigo ?

FAQ 3 : A quoi ressemble l'impétigo ?

FAQ 4 : Comment traiter localement l'impétigo ?

FAQ 5 : Quand traiter l'impétigo par des antibiotiques oraux ?

FAQ 6 : Quels conseils en cas d'impétigo ?

FAQ 1 : Qu'est-ce que l'impétigo ?

L'impétigo est la plus fréquente des infections cutanées de l'enfant. Il est rare chez l'adulte. Les germes responsables sont deux bactéries : *Streptococcus pyogenes* (streptocoque β -hémolytique du groupe A) et *Staphylococcus aureus* (staphylocoque doré). Cela se traduit classiquement par des petites vésicules qui se rompent, laissant place à des croûtes d'aspect jaunâtre dites mellicériques car la couleur de l'exsudat séché rappelle celle du miel.

C'est une maladie très contagieuse par contact direct avec une lésion cutanée ou auto-inoculable par grattage. Elle est souvent responsable de petites épidémies scolaires et familiales.

L'impétigo n'est pas une maladie immunisante et des récives sont possibles.

FAQ 2 : Qu'est-ce qui favorise la survenue de l'impétigo ?

L'impétigo est une affection bactérienne dont la survenue est fréquente chez les enfants. A cela, plusieurs explications peuvent être données :

- **L'immatunité de la peau** : l'épiderme du nourrisson et de l'enfant est moins épais et les germes y prolifèrent plus facilement.
- **Une hygiène défectueuse** : c'est le facteur le plus important. L'impétigo est plus fréquemment observé chez les enfants de classes sociales défavorisées. Une bonne hygiène corporelle est la meilleure prévention contre l'impétigo.
- **La vie en collectivité** : la crèche, la garderie, l'école favorisent la promiscuité entre les enfants.
- **La macération locale** : les couches du nourrisson, l'hypersudation, les vêtements occlusifs provoquent une hydratation excessive qui diminue l'efficacité de la barrière cutanée.

- **Une infection ORL préexistante** : un écoulement nasal muco-purulent peut être le point de départ d'un impétigo.
- **Une dermatose infantile préexistante** : l'eczéma, la gale, les poux, la varicelle provoquent souvent un grattage intense source de surinfection secondaire. On parle alors d'impétiginisation des lésions préexistantes.

FAQ 3 : A quoi ressemble l'impétigo ?

La maladie débute par une petite bulle flasque reposant sur une base rouge. Ce stade initial est très éphémère car la bulle fragile se rompt remplacée en son centre par une croûte jaunâtre dite mellicérique. Avec le grattage, la lésion s'étend facilement localement ou à distance par auto-inoculation. Il n'y a pas de température et les démangeaisons sont peu intenses.

En fonction de l'âge de l'enfant, on observe différentes formes :

- Chez le nourrisson : l'impétigo bulleux
- Chez l'enfant : l'impétigo croûteux



Commentaire : L'impétigo bulleux : réalise de grandes bulles flasques de 1 à 2 cm de diamètre, sur une peau érythémateuse. Rapidement les bulles laissent place à de vastes érosions d'extension rapide mais peu croûteuses. Le siège des lésions est péri-génital et péri-anal, favorisées par la macération dans les couches et le contact avec l'urine. Il n'y a pas de signes généraux. Il s'agit d'une forme très contagieuse. L'infection est manuportée, responsable d'épidémies dans les maternités et les crèches.



Commentaire : L'impétigo croûteux est la forme typique, la plus fréquente chez l'enfant avant 10 ans. Les lésions apparaissent classiquement autour des orifices que sont la bouche ou le nez. L'auto-inoculation est fréquente et explique la dissémination aux mains, au cuir chevelu et à toutes les zones accessibles au grattage. Il n'y a pas de température et le prurit est modéré.

Sans traitement, les lésions peuvent évoluer pendant plusieurs semaines vers la dissémination. En général, l'impétigo finit par guérir spontanément, sans laisser de cicatrices. Les complications sont rares (creusement des lésions, complications septiques, atteintes rénales post-streptococciques).

FAQ 4 : Comment traiter localement l'impétigo ?

Le traitement local vise à désinfecter, ramollir et faire tomber les croûtes qui contiennent un grand nombre de germes.

- Lavez votre enfant deux fois par jour. Préférez la douche aux bains pour limiter les facteurs de macération. Si les lésions sont étendues on conseille l'utilisation d'un savon antiseptique à base de triclocarban (Septivon ®, Solubacter ®) ou de chlorhexidine (Cyteal ®, Plurexid ®). Il faut les utiliser légèrement dilué suivi d'un rinçage soigneux.
- Sur la peau sèche, appliquez largement un antiseptique aqueux (Diaséptyl ®, Hexomédine ®) en allant toujours de la peau saine vers les lésions.
- Appliquez 2 fois par jour une pommade antibiotique sur les lésions (Fucidine ®, Mupiderm ®). Ces produits nécessitent une prescription médicale. La forme crème sera préférée à la pommade sur les lésions débutantes pour éviter la macération. Pour des lésions peu extensives et très localisées on peut à la place appliquer une pommade antiseptique que l'on trouve en pharmacie sans ordonnance (Dermalibour ®, Dermocuir ®). Ces topiques gras ramollissent les croûtes et favorisent leur élimination.

FAQ 5 : Quand traiter l'impétigo par des antibiotiques oraux ?

Un traitement antibiotique oral est le plus souvent nécessaire si les lésions sont disséminées. Le traitement local seul ne convient que pour des formes très localisées d'impétigo.

Le médecin prescrira un antibiotique actif à la fois sur le staphylocoque doré et sur le streptocoque. La durée du traitement est de 10 jours.

EN SAVOIR PLUS

Les traitements antibiotiques

Les staphylocoques et les streptocoques impliqués dans l'impétigo sont des germes sensibles à de nombreux antibiotiques :

- *En première intention : antibiotique de la famille des macrolides*

JOSACINE ® (josamycine)

ERYTHROCINE ® (érythromycine)

30 à 50 mg/kg par jour en 2 ou 3 prises.

- *En cas de résistance : antibiotique de la famille des synergistines*

PYOSTACINE ® (pristinamycine)

50 mg/kg par jour en 2 ou 3 prises, au moment des repas.

On peut également utiliser d'autres antibiotiques comme des pénicillines M (BRISTOPEN ®, ORBENINE ®) ou des céphalosporines (ALFATIL ®, CEFAPEROS ®, ORACEFAL ®).

Il faut également penser à rechercher et traiter les sujets contacts, et un foyer ORL responsable du point de départ de l'infection. Le traitement d'une dermatose sous-jacente est extrêmement important : la guérison ne pourra pas être obtenue quand une gale ou une pédiculose ne sont pas traitées simultanément.

FAQ 6 : Quels conseils en cas d'impétigo ?

Si votre enfant est atteint d'impétigo, ces quelques mesures d'hygiène vont permettre de faciliter sa guérison et d'éviter toute autre contamination:

- N'envoyez pas votre enfant à l'école ou à la crèche. L'éviction scolaire est nécessaire au moins pendant 48 heures après la mise en route des antibiotiques.
- Examinez les autres membres de la famille, surtout les enfants.
- Les ongles doivent être coupés ras et fréquemment brossés. Surveillez qu'il ne se gratte pas.
- Pour éviter la macération, préférez les douches aux bains et faites lui porter des vêtements en coton et peu serrés.
- Désinfectez le linge et les objets familiers de l'enfant (jouets).
- Traitez toute dermatose sous-jacente (eczéma, varicelle, gale, poux) en même temps que l'impétigo.
- N'appliquez jamais de pommade contenant des corticoïdes, même s'ils sont associés à un antibiotique.

LE MEGALERYTHEME EPIDERMIQUE **(Ou cinquième maladie)**

Introduction

Le mégalérythème épidermique est une éruption d'origine virale qui atteint les enfants de 5 à 15 ans par petites épidémies scolaires. L'éruption se caractérise par un érythème maculeux disposé symétriquement en larges placards rouges, aux contours bien nets. C'est une maladie bénigne qui ne nécessite pas de traitement particulier.

FAQ 1 : Le mégalérythème, quelle fréquence ?

FAQ 2 : Qu'est-ce qui provoque l'éruption ?

FAQ 3 : Comment se passe l'éruption ?

FAQ 4 : Existe-t-il des complications ?

FAQ 5 : Que faut-il faire en cas de mégalérythème ?

FAQ 1 : Le mégalérythème, quelle fréquence ?

Le mégalérythème épidermique est une infection fréquente chez l'enfant de 5 à 15 ans, mais également courante chez l'adulte jeune. 40 à 60 % de la population serait immunisée contre le virus. La maladie évolue par épidémies survenant en fin d'hiver et au début du printemps.

FAQ 2 : Qu'est-ce qui provoque l'éruption ?

L'agent responsable de l'infection est le parvovirus B19. Ce virus se transmet par voie respiratoire. La phase d'incubation est asymptomatique et dure 6 à 14 jours. Le virus se multiplie principalement dans les érythroblastes de la moelle osseuse, cellules précurseurs des globules rouges.

C'est la réaction immunitaire qui provoquerait l'éruption caractéristique du mégalérythème épidermique. Cette même réaction immunitaire serait également la cause des douleurs articulaires parfois observées au décours de la maladie.

FAQ 3 : Comment se passe l'éruption ?

L'éruption est constituée d'un érythème bien caractéristique :

- Il est symétriquement disposé de part et d'autre du corps.
- C'est un érythème figuré, aux contours bien dessinés, donnant un aspect en carte de géographie.

Après une phase d'incubation silencieuse, l'éruption débute au niveau des joues.

Puis elle s'étend 24 heures après au reste du corps, notamment les fesses, les bras et les jambes. C'est une éruption caractéristique quasi généralisée constituée d'un érythème maculeux symétrique et figuré. Elle est suivie d'une phase qui peut durer plusieurs semaines, pendant laquelle l'éruption devient variable d'un moment à l'autre. Elle s'accroît notamment au soleil, à la chaleur, avec les efforts ou à l'occasion d'émotions.

L'éruption du visage disparaît en 4 à 5 jours, tandis que celle du corps peut persister 1 à 3 semaines.



Commentaire : *Après une phase d'incubation silencieuse, l'éruption débute au niveau des joues puis s'étend 24 heures après au reste du corps, notamment les fesses, les bras et les jambes. L'éruption du visage disparaît en 4 à 5 jours, tandis que celle du corps peut persister 1 à 3 semaines.*



Commentaire : *L'éruption du mégalythème épidermique est constituée de lésions caractéristiques aux contours bien dessinés, donnant un aspect en carte de géographie. Il s'agit d'un érythème figuré.*

Les autres signes cliniques sont rares :

- fièvre légère
- arthralgies (rares chez l'enfant, fréquentes à l'âge adulte)

FAQ 4 : Existe-t-il des complications ?

Totalement bénin habituellement, le mégalérythème épidermique présente des complications dans des circonstances particulières :

- Au cours de la grossesse : risque d'avortement spontané en cas de primo-infection chez la maman.
- Chez les sujets atteints d'anémie hémolytique chronique : risque d'aggravation de l'anémie.

EN SAVOIR PLUS

Mégalérythème et anémie hémolytique chronique :

En cas d'anémie hémolytique chronique (drépanocytose, thalassémie), le parvovirus B19 peut provoquer une aggravation de l'anémie car il détruit les cellules précurseurs des globules rouges où il se multiplie. Il existe des populations à risques chez qui on observe plus fréquemment des états d'anémie chronique : les sujets de race noire (drépanocytose) et les populations du pourtour méditerranéen (thalassémie).

FAQ 5 : Que faut-il faire en cas de mégalérythème ?

Il n'y a pas de traitement spécifique ni de vaccination. L'éruption disparaît d'elle-même en 1 à 3 semaines.

La seule mesure recommandée est d'éviter tout contact avec une femme enceinte et avec les sujets atteints d'anémie hémolytique chronique.

MYCOSES CUTANÉES : LES CANDIDOSES

Introduction

Les mycoses cutanées sont des infections liées à la prolifération de champignons microscopiques. Elles peuvent survenir à tout âge, mais certaines affectent plus volontiers les enfants. Si ces infections sont fréquentes (10 à 15 % des français en souffrent), elles sont le plus souvent superficielles, limitées à la peau, aux muqueuses ou aux phanères et sont tout à fait bénignes. Les traitements nécessitent une bonne observance et des règles d'hygiène rigoureuses. Mais ils n'ont de sens que si l'on élimine les facteurs favorisant, principaux responsables des rechutes.

FAQ 1 : Quel est l'agent responsable des candidoses ?

FAQ 2 : Qu'est ce qui rend le *Candida albicans* pathogène ?

FAQ 3 : A quoi ressemblent les lésions candidosiques ?

FAQ 4 : Où siègent les lésions candidosiques ?

FAQ 5 : Quel traitement en cas de candidose ?

FAQ 6 : Quels conseils donner à une maman en cas de candidose chez son enfant ?

FAQ 1 : Quel est l'agent responsable des candidoses ?

Les candidoses sont principalement dues à une levure appelée *Candida albicans*. C'est un saprophyte des muqueuses respiratoires, vaginales et digestives. Cela signifie qu'il est habituellement présent à l'état non pathogène sur ces muqueuses. En revanche, on ne le retrouve pas en temps normal sur la peau saine.

FAQ 2 : Qu'est ce qui rend le *Candida albicans* pathogène ?

Certains facteurs (humidité, maladie chronique, antibiotiques,...) vont faire passer la levure à l'état pathogène, ce qui déclenche une infection cutanée.

Chez les nourrissons, les candidoses sont fréquentes. Leur système immunitaire étant incomplet, le *Candida albicans* devient facilement pathogène.

EN SAVOIR PLUS

Facteurs favorisant les candidoses

Facteurs locaux :

- Humidité
- Macération (occlusion, transpiration)
- Irritation chronique
- pH acide (savons)

Facteurs généraux :

- Immunosuppression
- Diabète
- Obésité
- Grossesse
- Ages extrêmes de la vie

Traitements médicamenteux :

- Antibiotiques
 - Corticoïdes au long cours
 - Immunosuppresseurs
-

FAQ 3 : A quoi ressemblent les lésions candidosiques ?



Commentaire : Les lésions sont rouges et recouvertes d'un enduit blanchâtre. Les bords ont un aspect pustuleux ou desquamatifs. Les plis atteints sont souvent fissurés.

FAQ 4 : Où siègent les lésions candidosiques ?

Les candidoses sont généralement localisées. Les formes les plus courantes touchent les plis, les espaces interdigitaux, les muqueuses (buccale, génitale) et les ongles.

Chez l'enfant, notamment le nourrisson, deux types de localisations sont fréquents :

- Le siège : les candidoses génito-fessières
- La bouche : le muguet



Commentaire : La candidose du siège est favorisée par la prise d'antibiotiques et par les couches. Elle débute autour de l'anus sous la forme d'un érythème péri-anal prurigineux. Elle s'étend ensuite aux plis inguinaux et peut recouvrir tout le siège.



Commentaire : Un enduit blanchâtre se dépose sur la muqueuse buccale érythémateuse. Le muguet domine à la face interne des joues. Il s'accompagne d'une sécheresse buccale et d'une sensation de cuisson. Le muguet est parfois associé à une atteinte des commissures labiale appelée perlèche. Banal chez le nouveau-né, le muguet entraîne une gêne à l'alimentation.

FAQ 5 : Quel traitement en cas de candidose ?

Le traitement local des candidoses suffit dans la plupart des cas. Il fait appel essentiellement aux imidazolés d'usage local : 1 à 2 applications quotidienne pendant 15 jours.

EN SAVOIR PLUS

Principaux antifongiques locaux destinés à traiter les mycoses cutanées

DCI	Spécialités	Présentation	Posologie
<i>D e r m a t o p h y t o s e s – C a n d i d o s e s - P i t y r i a s i s</i>			
<i>Bifonazole</i>	<i>Amycor ®</i>	<i>Crème, poudre, solution à 1%</i>	<i>1 application/jour</i>
<i>Miconazole</i>	<i>Daktarin ®</i>	<i>Gel, lotion, poudre à 2 %</i>	<i>2 applications/jour</i>
		<i>Gel buccal</i>	<i>1 c.mesure 4 fois/jour</i>
<i>Isoconazole</i>	<i>Fazol ®</i>	<i>Crème, poudre, émulsion à 2%</i>	<i>2 applications/jour</i>
<i>Omoconazole</i>	<i>Fongamil ®</i>	<i>Crème, poudre, solution à 1%</i>	<i>2 applications/jour</i>
<i>Econazole</i>	<i>Pevaryl ®</i>	<i>Crème, poudre, émulsion, lotion à 1%</i>	<i>2 applications/jour</i>
<i>Oxiconazole</i>	<i>Fonx ®</i>	<i>Crème, poudre, solution à 1 %</i>	<i>1 application/jour</i>
<i>Kétoconazole</i>	<i>Ketoderm ®</i>	<i>Crème</i>	<i>1 à 2 applications/jour</i>
		<i>Gel moussant (tube monodose)</i>	<i>Application unique</i>
<i>Terbinafine</i>	<i>Lamisil ®</i>	<i>Crème à 1%</i>	<i>1 application/jour</i>
<i>Fenticonazole</i>	<i>Lomexin ®</i>	<i>Crème à 2%</i>	<i>1 à 2 applications/jour</i>
<i>Ciclopiroxolamine</i>	<i>Mycoster ®</i>	<i>Crème, poudre, solution à 1%</i>	<i>1 à 2 applications/jour</i>
<i>Sulconazole</i>	<i>Myk ®</i>	<i>Crème, poudre, solution à 1%</i>	<i>1 à 2 applications/jour</i>
<i>C a n d i d o s e s - D e r m a t o p h y t o s e s</i>			
<i>Sertaconazole</i>	<i>Monazol ®</i>	<i>Crème à 2%</i>	<i>1 application/jour</i>
<i>D e r m a t o p h y t o s e s – P i t y r i a s i s</i>			
<i>Tolnaftate</i>	<i>Sporiline ®</i>	<i>Crème, lotion à 1%</i>	<i>2 applications/jour</i>
<i>C a n d i d o s e s – P i t y r i a s i s du cuir chevelu</i>			
<i>Amphotéricine B</i>	<i>Fungizone ®</i>	<i>Lotion à 3 g pour 100 ml</i>	<i>Candida : 2 à 4 appl./jour Pityriasis : 1 à 3 applications/semaine</i>
<i>D e r m a t o p h y t o s e s</i>			
<i>Acide undécylénique</i>	<i>Mycodécyl ®</i>	<i>Crème, poudre, solution à 10%</i>	<i>2 applications/jour</i>
<i>P i t y r i a s i s</i>			
<i>Sulfure de sélénium</i>	<i>Selsun ®</i>	<i>Suspension à 2.5g</i>	<i>2 applications/semaine pendant 2 semaines</i>

D'après Le Moniteur des Pharmacies – cahier II du n° 2396 du 28 avril 2001

Les traitements s'appliquent sur une peau fraîchement nettoyée et soigneusement séchée. Etalez et massez de façon douce et régulière jusqu'à pénétration complète.

Il convient de choisir une forme galénique (crème, poudre, solution,...) adaptée en fonction de la localisation des lésions.

EN SAVOIR PLUS

Choix de la galénique des antimycosiques locaux

Type de mycose	Forme galénique
<i>Mycose des plis non macérées</i>	<i>Gel, crème</i>
<i>Mycose des plis macérées</i>	<i>Poudre, solution</i>
<i>Mycose de la peau glabre</i>	<i>Gel, crème</i>
<i>Mycose des zones pileuses</i>	<i>Solution, émulsion</i>
<i>Mycose sur peau fragile (enfant, visage)</i>	<i>Emulsion fluide</i>
<i>Mycose buccale</i>	<i>Gel buccal</i>
<i>Onychomycose</i>	<i>Solution filmogène</i>
<i>Pityriasis versicolor</i>	<i>Gel moussant monodose</i>
<i>Teignes</i>	<i>Solution</i>
<i>Décontamination d'objets</i>	<i>Poudre</i>

En cas de candidose buccale, le médecin prescrira du Daktarin ® gel buccal : 1 cuillère mesure 4 fois par jour pendant 15 jours.

EN SAVOIR PLUS

Daktarin ® gel buccal

Daktarin ® gel buccal doit être pris à distance des repas, ou au moins 10 minutes après. Dans la mesure du possible il doit être conservé 2 à 3 minutes dans la bouche avant d'être avalé.

En cas d'échec du traitement local, on aura recours à un traitement oral (Nizoral ®, Mycostatine ®).

FAQ 6 : Quels conseils donner à une maman en cas de candidose chez son enfant ?

- Eliminez les facteurs favorisants (humidité, macération, irritation).

- Les savons acides sont à bannir car l'acidité favorise la prolifération du candida. Utilisez un savon alcalin.
- Utilisez un linge de toilette personnel.
- Séchez soigneusement la peau de votre enfant après la toilette, notamment tous les plis corporels. Vous pouvez pour cela vous aider d'un sèche-cheveux pas trop chaud.

MYCOSES CUTANÉES : L'HERPES CIRCINE

Introduction

Les mycoses cutanées sont des infections liées à la prolifération de champignons microscopiques. Elles peuvent survenir à tout âge, mais certaines affectent plus volontiers les enfants. Si ces infections sont fréquentes (10 à 15 % des français en souffrent), elles sont le plus souvent superficielles, limitées à la peau, aux muqueuses ou aux phanères et sont tout à fait bénignes. Les traitements nécessitent une bonne observance et des règles d'hygiène rigoureuses. Mais ils n'ont de sens que si l'on élimine les facteurs favorisants, principaux responsables des rechutes.

FAQ 1 : Qu'est ce que l'herpès circiné ?

FAQ 2 : A quoi ressemblent les lésions ?

FAQ 3 : Où siègent les lésions ?

FAQ 4 : Comment se traite l'herpès circiné ?

FAQ 1 : Qu'est ce que l'herpès circiné ?

L'herpès circiné est une mycose qui touche volontiers les enfants. L'agent le plus souvent responsable est un dermatophyte pathogène appelé *Microsporum canis* qui est habituellement transmis par le chat. Les symptômes apparaissent en 2 semaines et ils s'accompagnent parfois d'une teigne du cuir chevelu.

FAQ 2 : A quoi ressemblent les lésions ?

Les lésions sont arrondies, comme tracées au compas. Elles ont un aspect en cible très évocateur. La bordure érythéma-vésiculo-squameuse est très inflammatoire et s'étend vers l'extérieur alors que le centre est en voie de guérison.

Le prurit est souvent féroce.



Commentaire : Les lésions d'herpès circiné sont facilement reconnaissables. Elles ont une forme arrondie, comme tracée au compas avec un aspect en cible très évocateur. La bordure érythéma-vésiculo-squameuse est très inflammatoire et s'étend vers l'extérieur alors que le centre est en voie de guérison.

FAQ 3 : Où siègent les lésions ?

Les lésions sont habituellement localisées sur les parties découvertes du visage, des membres ou du tronc. Elles épargnent les plis et les zones pileuses. L'atteinte est unique ou multiloculaire.



Commentaire : Les lésions d'herpès circiné siègent souvent sur le tronc. On les trouve aussi sur les bras ou sur le visage. Elles épargnent presque toujours les plis et les zones pileuses. Il peut y avoir une lésion unique ou , comme ici, de multiples lésions.

FAQ 4 : Comment se traite l'herpès circiné ?

Le traitement local est le traitement de choix. Il fait surtout appel aux imidazolés d'usage local sous forme de gel ou de crème, à appliquer à raison d'une ou deux fois par jour, pendant 2 à 4 semaines.

Un traitement oral ne sera entrepris que si les lésions sont profuses ou s'il y a une teigne du cuir chevelu associée. Le traitement utilisé est la GRISEFULINE® comprimés à 250 ou 500 mg, à raison de 15 mg/kg/jour, pendant 4 à 8 semaines.

DCI	Spécialités	Présentation	Posologie
Dermatophytoses – Candidoses - Pityriasis			
Bifonazole	Amycor®	Crème, poudre, solution à 1%	1 application/jour
Miconazole	Daktarin®	Gel, lotion, poudre à 2 %	2 applications/jour
		Gel buccal	1 c.mesure 4 fois/jour
Isoconazole	Fazol®	Crème, poudre, émulsion à 2%	2 applications/jour
Omoconazole	Fongamil®	Crème, poudre, solution à 1%	2 applications/jour
Econazole	Pevaryl®	Crème, poudre, émulsion, lotion à 1%	2 applications/jour
Oxiconazole	Fonx®	Crème, poudre, solution à 1 %	1 application/jour
Kétoconazole	Ketoderm®	Crème	1 à 2 applications/jour
		Gel moussant (tube monodose)	Application unique
Terbinafine	Lamisil®	Crème à 1%	1 application/jour
Fenticonazole	Lomexin®	Crème à 2%	1 à 2 applications/jour
Ciclopiroxolamine	Mycoster®	Crème, poudre, solution à 1%	1 à 2 applications/jour
Sulconazole	Myk®	Crème, poudre, solution à 1%	1 à 2 applications/jour
Candidoses - Dermatophytoses			
Sertaconazole	Monazol®	Crème à 2%	1 application/jour
Dermatophytoses – Pityriasis			
Tolnaftate	Sporiline®	Crème, lotion à 1%	2 applications/jour
Candidoses – Pityriasis du cuir chevelu			
Amphotéricine B	Fungizone®	Lotion à 3 g pour 100 ml	Candida : 2 à 4 appl./jour Pityriasis : 1 à 3 applications/semaine
Dermatophytoses			
Acide undécylénique	Mycodécyl®	Crème, poudre, solution à 10%	2 applications/jour
Pityriasis			
Sulfure de sélénium	Selsun®	Suspension à 2.5g	2 applications/semaine pendant 2 semaines

**MYCOSES CUTANÉES :
PITYRIASIS VERSICOLOR**

Introduction

Les mycoses cutanées sont des infections liées à la prolifération de champignons microscopiques. Elles peuvent survenir à tout âge, mais certaines affectent plus volontiers les enfants. Si ces infections sont fréquentes (10 à 15 % des français en souffrent), elles sont le plus souvent superficielles, limitées à la peau, aux muqueuses ou aux phanères et sont tout à fait bénignes. Les traitements nécessitent une bonne observance et des règles d'hygiène rigoureuses. Mais ils n'ont de sens que si l'on élimine les facteurs favorisants, principaux responsables des rechutes.

FAQ 1 : Qu'est-ce que le pityriasis versicolor ?

FAQ 2 : Qu'est ce qui favorise la survenue d'un pityriasis versicolor ?

FAQ 3 : Quels sont les signes cutanés du pityriasis versicolor ?

FAQ 4 : Où siègent les lésions ?

FAQ 5 : Pityriasis versicolor, quel traitement ?

FAQ 6 : Quels conseils donner en cas de pityriasis versicolor ?

FAQ 1 : Qu'est-ce que le pityriasis versicolor ?

Le pityriasis versicolor est une mycose fréquente chez l'adolescent et le jeune adulte, plus rare chez l'adulte (seulement 5% des cas). Favorisé par l'humidité et la transpiration, il sévit de préférence en été. Cette mycose est due à une levure saprophyte qui porte le nom de *Malassezia furfur*, anciennement appelé *Pityrosporum ovale*. L'éruption est constituée de taches pigmentées ou dépigmentées siégeant sur le tronc.

FAQ 2 : Qu'est ce qui favorise la survenue d'un pityriasis versicolor ?

Certains facteurs expliquent la survenue et les récurrences fréquentes de cette mycose, en particulier l'été :

- hypersécrétion sébacée
- hypersudation
- huiles corporelles
- hammams
- saunas
- climat tropical

Le soleil est un facteur davantage révélateur que favorisant, car il souligne le caractère dyschromique des lésions.

Il existe d'autres facteurs favorisant :

- la grossesse
- le syndrome de Cushing
- la corticothérapie
- les déficits immunitaires

FAQ 3 : Quels sont les signes cutanés du pityriasis versicolor ?

L'éruption est constituée de taches aux contours bien définis et de tailles variables. On note le caractère dyschromique des lésions. Selon le type de peau et l'exposition au soleil, elles sont, ou non, pigmentées :

- La forme pigmentée est constituée de taches couleur chamois ou rosée, finement squameuses. C'est la forme la plus courante sur les peaux claires.
- La forme dépigmentée est constituée de taches très pâles, peu ou pas squameuses. Cette forme s'observe surtout sur les peaux bronzées, après exposition au soleil.



Commentaire : Sur une peau claire, le pityriasis donne des taches pigmentées de couleur chamois ou rosée. Sur ces lésions, on observe des squames fines.



Commentaire : Sur une peau bronzée par le soleil ou bien naturellement mate, le pityriasis versicolor s'exprime par des taches dépigmentées de couleur rose pâle. Les lésions sont peu ou pas squameuses.

En général, le prurit est discret ou absent.

Le diagnostic doit être confirmé par un dermatologue.

EN SAVOIR PLUS***Le diagnostic du dermatologue***

Avant d'envisager un traitement, le dermatologue exécute quelques examens complémentaires afin de confirmer le diagnostic :

- *L'examen des lésions sous la lumière de Wood montre une fluorescence jaune-verdâtre et permet de mesurer l'étendue des lésions, souvent supérieure à celle observée à l'œil nu.*
 - *L'examen microscopique des squames prélevées sur les lésions met en évidence des spores et des filaments mycéliens.*
-

FAQ 4 : Où siègent les lésions ?

Le pityriasis siège sur la partie supérieure du tronc, c'est-à-dire sur le thorax et le dos.

Dans certaines formes extensives, le pityriasis peut atteindre le visage, les bras et les cuisses.

FAQ 5 : Pityriasis versicolor, quel traitement ?

Le traitement est local. Il doit être fait sur toute la surface cutanée, cuir chevelu compris, car l'infection tend à persister ou à récidiver si l'on ne traite que les zones atteintes.

Deux types de traitements peuvent être envisagés :

- Le sulfure de sélénium (Selsun ® suspension) : 2 applications par semaine pendant 2 semaines.

EN SAVOIR PLUS

SELSUN ® suspension

Appliquez la solution 2 fois par semaine, pendant 2 semaines.

Faites précéder l'application par une toilette généralisée au Mercryl laurylé, suivi d'un rinçage. Puis après séchage, appliquez la solution à l'aide d'un gant de toilette sur toute la surface du corps. Laissez en contact 15 minutes, puis rincez abondamment.

- Le kétoconazole (Ketoderm ® gel moussant) : 2 applications à 15 jours d'intervalle, ainsi que 8 jours avant une exposition solaire.

EN SAVOIR PLUS

KETODERM ® gel moussant

Faites 2 applications de 5 minutes à 15 jours d'intervalle.

Appliquez la totalité du tube de gel sur toute la surface du corps, y compris le cuir chevelu. Faites mousser le gel en insistant sur les zones atteintes. Laissez agir 5 minutes minimum, puis rincez abondamment.

Les récurrences sont malgré tout relativement fréquentes. Dans ce cas, un traitement oral (Nizoral ®) peut être employé.

FAQ 6 : Quels conseils donner en cas de pityriasis versicolor ?

- Signalez qu'une dépigmentation persistante ne signifie pas l'échec du traitement. La repigmentation dure en général quelques mois. Les lésions ne se recolorent parfois que lors d'une prochaine exposition solaire.
- Le pityriasis est une mycose peu contagieuse. Par précaution, il est tout de même déconseillé de partager le linge de toilette.
- Pendant la période estivale :
 - Bien sécher votre enfant après la toilette et après chaque bain de mer.
 - Préférez les produits solaires peu gras (laits, émulsions) aux huiles ou aux crèmes pour le protéger du soleil.
 - Evitez les saunas et les hammams.
 - Utilisez des savons doux pour la toilette afin d'éviter l'hyperséborrhée.
 - Utilisez des produits antitranspirants.

MYCOSES CUTANÉES : LES TEIGNES

Introduction

Les teignes sont des atteintes du cuir chevelu causées par certains champignons. Cette mycose contagieuse qui atteint surtout les enfants est fréquente dans les pays tropicaux et est en recrudescence actuellement en France. Pour certaines formes de teignes très contagieuses, l'éviction scolaire est en théorie obligatoire, mais les traitements actuels ne la rendent plus vraiment nécessaire.

FAQ 1 : Qu'est-ce qu'une teigne ?

FAQ 2 : Comment attrape-t-on des teignes ?

FAQ 3 : A quoi ressemble une teigne ?

FAQ 4 : Comment traite-t-on les teignes ?

FAQ 5 : L'éviction scolaire est-elle nécessaire ?

FAQ 6 : Quels conseils donner aux mamans ?

FAQ 1 : Qu'est-ce qu'une teigne ?

Une teigne est une atteinte mycosique du cuir chevelu due à des champignons, appelés dermatophytes, qui attaquent la kératine de la tige des cheveux. Envahis et fragilisés, les cheveux se cassent, ce qui aboutit à une alopécie caractéristique. Le champignon progresse vers la racine pileuse dans la peau, à l'abri des traitements fongicides externes. C'est pour cela qu'il faut à la fois un traitement local et un traitement général.

FAQ 2 : Comment attrape-t-on des teignes ?

Il existe plusieurs espèces de dermatophytes responsables de teignes. Selon le champignon impliqué, il existe 3 modes de transmission :

1- De l'homme à l'homme (transmission anthropophile)

Ces teignes présentent un risque contagieux pour l'entourage familial et scolaire. La transmission se fait par contact direct ou par l'intermédiaire des bonnets, peignes et oreillers. En France, il s'agit surtout de teignes d'importation au sein de familles originaires d'Afrique noire ou d'Afrique du Nord.

2- De l'animal à l'homme (transmission zoophile)

C'est le cas le plus fréquent. Cela donne de petites épidémies familiales à partir d'un animal malade (surtout le chat, parfois le chien, le lapin ou les bovins). Il n'y a pas de risque de transmission interhumaine.

3- Contamination par le sol (transmission géophile)

Il s'agit de dermatophytes vivant dans la terre. C'est un mode de transmission très rare, consécutif à un contact direct avec un champignon du sol ou par l'intermédiaire d'un animal, comme par exemple le museau contaminé d'un chien.

EN SAVOIR PLUS

Les teignes : modes de transmission et clinique

DIFFERENTS TYPES DE TEIGNES DU CUIR CHEVELU		
Dermatophyte	Mode de transmission	Clinique
<i>M. audouinii</i>	Anthropophile (Europe, Afrique)	Teignes microscopiques
<i>M. langeronii</i>	Anthropophile (Europe, Afrique)	
<i>M. rivalierii</i>	Anthropophile (Afrique)	
<i>M. ferrugineum</i>	Anthropophile (Asie)	
<i>M. canis</i>	Zoophile cosmopolite : chat, chien	
<i>T. soudanense</i>	Anthropophile (Afrique noire)	Teignes trichophytiques
<i>T. violaceum</i>	Anthropophile (Afrique du Nord)	
<i>T. tonsurans</i>	Anthropophile (Etats-Unis)	
<i>T. rosaceum</i>	Anthropophile (Portugal)	
<i>T. mentagrophytes</i>	Zoophile : chien, cheval, lapin, cobaye	Teignes inflammatoires
<i>T. ochraceum</i>	Zoophile : bovidés	
<i>M. gypseum</i>	Géophile	
<i>T. schonleinii</i>	Anthropophile (Afrique du Nord)	Teignes faviques ou favus

M. = Microsporum

T. = Trichophyton

D'après La Revue Du Praticien, Tome 15, n°524 du 29 janvier 2001

FAQ 3 : A quoi ressemble une teigne ?

On observe des aspects différents selon le dermatophyte en cause :

1- Les teignes tondantes

Il s'agit de plaques d'alopecie bien nettes sur un cuir chevelu squameux. Elles touchent les enfants entre 4 et 11 ans et guérissent spontanément à la puberté en l'absence de traitement.

Il existe 2 types de lésions tondantes :

- Les teignes tondantes microsporiques : les lésions sont peu nombreuses et de grandes tailles, la transmission est le plus souvent zoophile (*Microsporum canis*). *Microsporum canis* est transmis essentiellement par le chat. L'animal infecté peut contaminer toute la famille. Il n'y a cependant pas de risque de transmission interhumaine, en particulier à l'école.



Commentaire : *En cas de teigne tondante microsporique, les plaques d'alopecie sont peu nombreuses (une à trois, en moyenne) et de grandes tailles (2 à 5 cm de diamètre). Les cheveux sont cassés à quelques*

millimètres au dessus du cuir chevelu et sont recouvertes d'une multitude de petites spores blanches donnant un aspect grisâtre. Le cuir chevelu est squameux et parfois légèrement inflammatoire.

- Les teignes tondantes trichophytiques : les lésions sont nombreuses et de petites tailles, la transmission est le plus souvent anthropophile. On les observe surtout chez l'enfant africain (*Trichophyton violaceum* du Maghreb, *Trichophyton Soudanense* d'Afrique noire). Elles sont très contagieuses entre les enfants, dans le milieu familial et à l'école.



Commentaire : *En cas de teigne tondante trichophytique, les plaques d'alopecie sont très nombreuses et de petites tailles (1 à 2 mm). Les cheveux sont coupés au ras du cuir chevelu et sont souvent englués dans les squames.*

2- Les teignes inflammatoires ou suppuratives

La lésion typique de la teigne inflammatoire est appelée kérion. Il s'agit d'une plaque en relief sur le cuir chevelu, avec un aspect inflammatoire et pustuleux et accompagné de la chute des cheveux. Les dermatophytes les plus fréquemment impliqués sont de transmission zoophile. Il s'agit de *Trichophyton ochraceum*, qui contamine les bovidés, et de *Trichophyton mentagrophytes*, transmis par le chien, le cheval, le lapin ou le cobaye. Les éleveurs et les vétérinaires sont des personnes particulièrement exposées à ces teignes. Les enfants peuvent se contaminer par exemple lors d'un séjour à la ferme, en jouant avec de jeunes veaux.



Commentaire : *Les teignes inflammatoires débutent par une lésion érythémateuse qui gonfle, suppure et s'accompagne de la chute des cheveux. A la phase d'état, la lésion se tuméfie, prend un aspect très inflammatoire et se recouvre de pustules folliculaires qui se rompent et libèrent du pus, donnant l'aspect purulent et croûteux du kérion.*

3- Les teignes faviques

Il s'agit d'une teigne inflammatoire due à *Trichophyton schoenleinii*, de transmission anthropophile. Souvent liée à de mauvaises conditions d'hygiène, cette maladie a pratiquement disparu en France.

La lésion caractéristique est le godet favique, amas de croûtes jaunes en forme de cratère d'où sortent des cheveux grisâtres non cassés. En l'absence de traitement, les lésions évoluent toutes vers une cicatrice alopécique définitive.

FAQ 4 : Comment traite-t-on les teignes ?

Le traitement antimycosique comporte à la fois un traitement local et un traitement général :

Le traitement local a pour but de décaper et de traiter les lésions. Il comporte des produits kératolytiques et des shampooings antimycosiques.

EN SAVOIR PLUS

Traitement local : décaper et traiter

Le traitement local permet de diminuer la durée du traitement par voie général auquel il est associé :

Coupez ou rasez le cuir chevelu autour des plaques pour éliminer les squames contaminées.

Décapez les lésions croûteuses 2 à 3 fois par semaine (KELUAL ® émulsion, KERATOSANE ® gel).

Appliquez tous les soirs une lotion antifongique.

Faites un shampooing antifongique 2 à 3 fois par semaine (KETODERM ®gel moussant) pour éliminer toutes les spores du cuir chevelu.

Le traitement général fait appel à la griséofulvine (GRISEFULINE ®), pendant 1 à 2 mois.

EN SAVOIR PLUS

Traitement général : la griséofulvine

GRISEFULINE®

FULVINE®

Comprimés à 250 ou 500 mg

Posologie

10 à 20 mg/kg/jour, en 2 prises, pendant 1 à 2 mois (jusqu'à négativation des prélèvements).

Conseils

Les comprimés peuvent être écrasés pour faciliter leur prise chez les jeunes enfants.

Le traitement doit être administré 2 fois par jour au cours de repas riches en matière grasse ou avec un verre de lait.

Précautions d'emploi

Le traitement est bien toléré par les enfants.

Attention cependant au risque de photosensibilisation en cas d'exposition solaire.

Pour calmer les douleurs en cas d'inflammation, la prescription d'antalgique (paracétamol) ou d'anti-inflammatoire (aspirine) est parfois nécessaire.

Les corticoïdes sont à proscrire car ils augmentent l'intensité des lésions mycosiques. Ils peuvent cependant être employés en cas de lésions très inflammatoires.

FAQ 5 : L'éviction scolaire est-elle nécessaire ?

En cas de teignes zoophiles pour lesquelles la contagiosité interhumaine est inexistante, l'éviction scolaire serait abusive.

Elle est en revanche obligatoire pour les teignes anthropophiles, et ce jusqu'à négativation des examens analytiques.

En pratique cependant l'éviction scolaire doit être mûrement réfléchie avec le médecin qui pose le diagnostic, car l'arrêt de l'école pendant 2 mois est très invalidant sur le plan scolaire. D'autant que la contagiosité des enfants diminue nettement dès l'instauration du traitement.

L'éviction scolaire sera par conséquent appréciée en fonction de plusieurs paramètres :

- L'espèce du dermatophyte responsable (*M. langeronii* est a priori le plus contagieux).
- L'âge de l'enfant : le risque de contamination est plus important en crèche et à la maternelle, qu'à l'école primaire, en raisons des contacts plus étroits entre les enfants lors des jeux ou à la récréation.

Mais plus que l'éviction, ce sont les mesures de prévention qui vont limiter les risques de contagion :

- Information du personnel de l'école et des parents d'élève
- Examens de tous les membres de la famille
- Eviter les échanges de bonnets, de peignes et d'oreillers.

FAQ 6 : Quels conseils donner aux mamans ?

- Rassurez la maman : les cheveux repousseront (sauf en cas de favus, affection très rare).
- Respectez le traitement à la lettre (traitement local associé à un traitement par voie générale). Dans ce cas, les récurrences sont quasi inexistantes.
- Pas de corticoïdes. L'utilisation d'une corticothérapie orale doit rester exceptionnelle, dans le cas de lésions très inflammatoires.
- Traitez l'animal impliqué.
- Attention aux échanges des bonnets, écharpes, peignes et oreillers. Il est possible de les désinfecter avec des poudres antimycosiques.

PLAIES ET BRULURES

Introduction

Dans la vie quotidienne, à la maison, à l'école ou en vacances, les enfants sont souvent les premiers exposés à divers accidents. Ces petits bobos n'ont pour la plupart aucune conséquence, certains nécessitent cependant des soins judicieux. Pour agir avec efficacité et sécurité, deux grandes règles : évaluer leur gravité, et savoir ce qu'il faut faire.

FAQ 1 : Comment évaluer la gravité d'une plaie ?

FAQ 2 : Que faire en cas de plaie simple ?

FAQ 3 : Que faire en cas de plaie grave ?

FAQ 4 : Que faire en cas de contusion ?

FAQ 5 : Comment évaluer la gravité d'une brûlure ?

FAQ 6 : Comment soigner une brûlure courante ?

FAQ 7 : Que faire en cas de brûlure grave ?

FAQ 8 : Quel antiseptique utiliser ?

FAQ 9 : Comment constituer une trousse de premiers secours ?

FAQ 1 : Comment évaluer la gravité d'une plaie ?

Une plaie correspond à une lésion cutanée, lorsque la peau a été coupée, éraflée ou arrachée. Il faut en évaluer la gravité selon plusieurs critères :

La localisation :

La localisation compte beaucoup en raison des éventuelles séquelles fonctionnelles ou esthétiques. Une plaie du visage doit être traitée rapidement et avec les plus grands soins pour éviter une cicatrice disgracieuse. Les plaies au niveau des articulations, des membres et en particulier des mains sont potentiellement graves. Attention aussi en cas de saignements de l'oreille : la cause est presque toujours traumatique, suite à l'introduction d'un objet dans l'oreille ou lors d'un choc crânien violent avec fracture.

La profondeur :

Une plaie profonde et large nécessite la pose de points de suture afin de rejoindre ses bords. Se méfier de lésions des tissus sous-jacents (muscle, tendon, etc.) si la blessure résulte de la pénétration d'un corps étranger (objets perforants ou tranchants).

La surface :

Plus une plaie est étendue, plus la guérison peut être difficile ou la cicatrice disgracieuse. On considère qu'une plaie dont la surface dépasse la moitié de la paume de la main de la victime doit être montrée à un médecin.

L'apparence :

La présence d'un corps étranger, d'une souillure, d'une fracture ouverte, d'une griffure ou d'une morsure, d'un saignement abondant et incessant sont des facteurs de gravité.

FAQ 2 : Que faire en cas de plaie simple ?

Soigner une plaie comprend trois étapes successives :

1- Nettoyer

Si la plaie est sale, nettoyez la à l'eau et au savon. On peut aussi appliquer une solution antiseptique moussante (Septivon ®, Mercryl ®), suivie d'un rinçage abondant. Bien sécher.

En cas de saignement incessant, appliquez une solution d'eau oxygénée à 10 volumes. L'eau oxygénée arrête le saignement du fait de ses propriétés hémostatiques.

2- Désinfecter

Utilisez une solution antiseptique, de préférence non colorée. L'antiseptique doit être appliqué avec une compresse sur la plaie et le pourtour en agissant du centre vers l'extérieur. Laissez sécher quelques instants à l'air libre.

3- Protéger

Si la plaie est petite, recouvrez avec un pansement prêt à l'emploi.

Si la plaie est étendue, posez une compresse maintenue par du sparadrap ou éventuellement par un filet tubulaire.

Les deux jours suivants, désinfectez quotidiennement la plaie et protégez la par un pansement propre. Lorsque les croûtes sont sèches, empêchez l'enfant de se gratter et laissez la plaie cicatriser à l'air libre.

Assurez vous que l'enfant est à jour dans ses vaccins contre le tétanos.

FAQ 3 : Que faire en cas de plaie grave ?

Si la plaie nécessite une prise en charge médicale (plaie profonde ou étendue, présence d'un corps étranger), emmenez l'enfant chez le médecin ou appelez des secours si son état ne permet pas de le transporter.

En attendant, ne touchez pas la plaie, ne la désinfectez pas, n'essayez pas de retirer le corps étranger. Lavez simplement au sérum physiologique la plaie si elle est souillée. Pour ne pas laisser la plaie à l'air libre, vous pouvez réaliser un « emballage » à l'aide d'une compresse et d'une bande, sans faire garrot.

En cas de saignement très abondant, compressez l'artère au-dessus de la plaie avec la paume de la main jusqu'à l'arrivée des secours.

FAQ 4 : Que faire en cas de contusion ?

A la différence d'une plaie, une contusion ne saigne pas : la peau n'a pas été atteinte mais le coup ou le choc a provoqué la rupture de petits vaisseaux sanguins sous la peau, entraînant la formation d'une ecchymose, ou d'un hématome si l'hémorragie est plus importante. Cela se traduit localement par l'apparition d'une tache bleuâtre dans le premier cas, rouge violacé dans le second cas.

Pour éviter l'extension de l'hématome et aider à sa résorption, il faut agir vite, dans les 20 minutes qui suivent. Il ne faut surtout pas masser, ni chauffer, au risque d'augmenter la taille de la contusion.

La cryothérapie :

Le froid soulage la douleur et réduit le risque d'extension de la lésion. Attention! Le froid ne doit pas être appliqué directement sur la lésion, au risque de brûler la peau.

Utilisez de la glace ou des poches refroidissantes réutilisables (ColdHot ®) à mettre dans un linge avant de les appliquer pendant 15 minutes. Vous pouvez également utiliser des sprays de froid (Urgofroid ®) à vaporiser à 10-15 cm de la peau pendant 6 secondes (à ne pas utiliser sur des plaies ouvertes).

Les crèmes et gels à appliquer :

Ce sont des préparations à base d'arnica résolutif (Arnican ®) ou contenant d'autres principes actifs anti-ecchymotiques (Hemoclar ®).

Concernant l'arnica, la présence de dérivés terpéniques dans les préparations contre-indique l'utilisation chez le nourrisson de moins de 30 mois, ou avec des antécédents de convulsion. Il ne faut pas l'appliquer non plus sur des plaies ouvertes.

L'arnica en homéopathie :

Administrez le plus tôt possible après le choc une dose d'arnica en 9 CH, à laisser fondre sous la langue et à renouveler 15 minutes après.

FAQ 5 : Comment évaluer la gravité d'une brûlure ?

Il est important de savoir distinguer les brûlures qui peuvent se soigner simplement de celles qui nécessitent une prise en charge médicale. Une brûlure grave peut en effet laisser des séquelles fonctionnelles ou esthétiques

si on ne dispense pas les soins appropriés. Evaluer la gravité d'une brûlure requiert plusieurs critères :

La cause de la brûlure

- **Brûlures par liquide chaud** : casserole d'eau bouillante, huile de friteuse, bain trop chaud, biberon réchauffé au micro-onde, etc. Il s'agit souvent de brûlures étendues et profondes.
- **Brûlures électriques** : rallonge électrique, prise mal protégée. Les lésions apparentes sont souvent insuffisantes pour estimer la gravité car des lésions profondes sont à craindre.
- **Brûlures chimiques** : Eau de Javel, ammoniac, acides, antirouilles. Elles sont graves car elles peuvent s'étendre en profondeur.

La localisation

- **Les articulations** : les brûlures des membres, en particulier des mains et des pieds, sont fréquentes. Or une brûlure au niveau d'une articulation peut provoquer une cicatrice rétractile qui empêche ensuite la mobilité de l'articulation.
- **Le visage** : les brûlures au visage présentent un risque de séquelles esthétiques.
- **Les organes génitaux** : les brûlures des organes génitaux sont toujours complexes à résoudre. Une prise en charge rapide peut diminuer les conséquences. Les voies aériennes supérieures : l'inhalation de vapeurs toxiques ou simplement brûlantes peut endommager les voies aériennes et nécessite une hospitalisation.

La profondeur de la brûlure

La profondeur d'une brûlure conditionne la rapidité de la cicatrisation et le risque de séquelles cicatricielles. Elle se définit selon 3 degrés :

- **Le premier degré** : une simple rougeur.
- **Le deuxième degré** : cloques et risque d'infection. On distingue:
 - **Le deuxième degré superficiel** : sous les cloques la peau est sensible et rouge.
 - **Le deuxième degré profond** : sous les cloques la peau est blanche et peu sensible à la pression.
- **Le troisième degré** : atteinte de l'hypoderme. Une trace cicatricielle est inévitable.



Commentaire : Le premier degré correspond à une simple destruction de l'épiderme, c'est le banal « coup de soleil ». La peau est rouge, sèche et douloureuse. Seule la surface de la peau est atteinte. La guérison est spontanée en une semaine.



Commentaire : Le deuxième degré correspond à une atteinte du derme. Des cloques remplies de liquide apparaissent. Les complications infectieuses sont fréquentes. Le deuxième degré superficiel, lorsque sous les cloques la peau est sensible et rouge. Cicatrisation en 1 à 2 semaines.



Commentaire : Le deuxième degré correspond à une atteinte du derme. Des cloques remplies de liquide apparaissent. Les complications infectieuses sont fréquentes. Le deuxième degré profond, lorsque sous les cloques la peau est blanche et peu sensible à la pression. La membrane basale qui permet la régénération de la peau est partiellement détruite. Cicatrisation en 2 à 3 semaines avec cicatrice indélébile.



Commentaire : Le troisième degré correspond à une atteinte de l'hypoderme. La lésion est blanche, jaunâtre ou noire, sèche et cartonnée. Souvent la douleur est modérée car il y a une perte de sensibilité. La cicatrisation spontanée est impossible et nécessite une greffe. Une trace cicatricielle est inévitable.

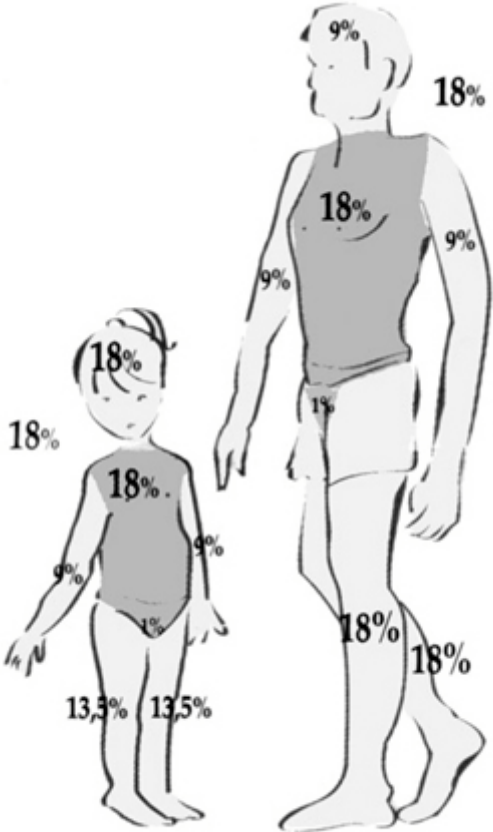
La surface atteinte

Évaluez la surface brûlée au moins au deuxième degré. La brûlure doit être montrée à un médecin si la surface atteinte est supérieure à l'équivalent de la moitié de la paume de l'enfant.

La superficie des brûlures peut être estimée à l'aide de la règle des 9.

Quand 40% de la surface corporelle est atteinte, c'est une brûlure très grave.

EN SAVOIR PLUS

	<i>Adulte :</i> • 9% pour la tête • 9% pour chaque bras • 18% pour le dos • 18% pour le ventre • 18% pour chaque jambe • 1% pour les organes génitaux <i>Enfant :</i> • 18% pour la tête • 9% pour chaque bras • 18% pour le dos • 18% pour le ventre • 13,5% pour chaque jambe • 1% pour les organes génitaux
--	--

D'après « Premiers soins : brûlures », livret conseil proposé par le laboratoire Médix

FAQ 6 : Comment soigner une brûlure courante ?

Pour une brûlure simple, c'est-à-dire du premier degré ou du deuxième degré superficiel, les soins visent à soulager la douleur et à faciliter la cicatrisation. Ils comprennent plusieurs étapes successives :

1- Refroidir

Le premier conseil consiste dès les premières minutes à refroidir la partie atteinte sous l'eau du robinet selon la règle des trois 15 :

- Eau froide à **15°C**
- A une distance de **15 cm** de la zone brûlée
- Pendant **15 minutes**

Ce geste empêche la propagation de la brûlure aux tissus profonds et exerce un effet antalgique et anti-inflammatoire.

2- Nettoyer

On l'oublie parfois, mais une brûlure peut s'infecter, surtout s'il y a une cloque, même fermée. Désinfectez avec un antiseptique qui ne pique pas. Ne jamais utiliser de colorant qui masque l'évolution de la brûlure.

Si la cloque est intacte, ne la percez pas. Ne coupez la peau morte que si la cloque se rompt spontanément. Utilisez des ciseaux nettoyés à l'alcool à 70°.

3- Hydrater

L'application d'une émulsion cutanée (Biafine ®, Urgo brûlures ®, etc.) apaise et favorise la réparation de la peau :

- Dans le cas d'une brûlure du premier degré : appliquez très fréquemment l'émulsion pour réhydrater et laissez la peau à l'air libre.

- Dans le cas d'une brûlure du deuxième degré : appliquez l'émulsion en couche épaisse en débordant sur les bords de la brûlure, et recouvrez ensuite d'une compresse stérile maintenue à l'aide d'une bande ou d'un sparadrap. Recommencez tous les jours pendant une semaine.

4- Soulager

En cas de douleur, pensez à administrer un antalgique.

FAQ 7 : Que faire en cas de brûlure grave ?

Évaluez la gravité de la brûlure et envoyez l'enfant vers le médecin ou alertez les secours pour toute brûlure potentiellement grave.

Dès les premières minutes, toujours refroidir la brûlure sous l'eau froide. En cas de brûlure chimique avec un liquide corrosif, lavez abondamment la plaie à l'eau jusqu'à l'arrivée des secours.

Si des vêtements sont en contact avec la zone touchée, retirez les. Attention cependant aux vêtements en synthétique : ne les enlevez pas car ils collent à la peau.

N'appliquez pas de corps gras avant d'avoir un avis médical.

FAQ 8 : Quel antiseptique utiliser ?

L'antiseptique de choix est incolore, non piquant et à large spectre type chlorhexidine (Diaséptyl ®) ou hypochlorite de sodium (Dakin ®).

Les colorants (éosine, Millian...) sont de bien mauvais désinfectants. Ils ont surtout une action asséchante. Leur utilisation est à déconseiller car ils masquent l'évolution de la plaie.

Les dérivés iodés (Bétadine ®) ne doivent pas être utilisés chez l'enfant de moins de 30 mois.

L'alcool ne doit pas être utilisé sur la peau lésée car il brûle les tissus cutanés. Il sert à nettoyer le matériel employé (ciseaux, pinces...). Préférez dans ce cas l'alcool à 70°, plus efficace pour éliminer les microbes que l'alcool à 90°.

Les antiseptiques ne doivent pas être appliqués pur sur les muqueuses.

Evitez de conserver les flacons ouverts au-delà de 1 à 2 mois. Préférez les unidoses.

FAQ 9 : Comment constituer une trousse de premiers secours?

Pour faire face à une éventuelle blessure ou brûlure, une trousse de secours doit contenir les éléments suivants :

- sérum physiologique
- antiseptique non coloré (Diaséptyl ® ou Dakin ®)
- émulsion apaisante et cicatrisante pour les brûlures
- pommade contre les coups et les bosses
- pansements prédécoupés assortis
- sutures adhésives
- compresses stériles
- sparadrap
- bande ou filet extensible
- ciseaux, pince à écharde
- alcool à 70° pour nettoyer le matériel

LES POUX

Introduction

La pédiculose du cuir chevelu est une ectoparasitose contagieuse très fréquente chez l'enfant. Elle est due à un insecte, le pou de tête, qui se développe dans les cheveux. Elle provoque des démangeaisons plus ou moins intenses du cuir chevelu.

FAQ 1 : Qu'est-ce qu'un pou ?

FAQ 2 : Comment les enfants attrapent-ils des poux ?

FAQ 3 : Quels sont les signes cliniques de la pédiculose ?

FAQ 4 : Sur la tête, où localiser les poux quand on suspecte une infestation ?

FAQ 5 : De quels produits dispose-t-on pour traiter les poux ?

FAQ 6 : Quelles sont les différentes formes d'utilisation des produits anti-poux ?

FAQ 7 : Quel produit anti-poux utiliser ?

FAQ 8 : Faut-il aussi traiter l'environnement ?

FAQ 9 : Peut-on utiliser des shampooings anti-poux pour prévenir l'apparition de poux ?

FAQ 10 : Quels conseils donner aux parents pour les aider à se débarrasser efficacement des poux ?

FAQ 1 : Qu'est-ce qu'un pou ?

Le pou est un petit insecte qui vit à la surface du cuir chevelu. Il pique à travers la peau pour aspirer le sang dont il se nourrit. La femelle pond des œufs, appelés lentes, qui sont solidement fixés à la base des cheveux. Ce n'est pas un animal sauteur, contrairement à une idée très répandue. Le pou est néanmoins très mobile, capable de parcourir 30 cm en une minute. Il peut donc passer rapidement d'une tête à une autre à l'occasion d'un contact direct entre deux chevelures, même lors d'un contact bref.

Le pou ne survit pas plus de 24 heures loin de son hôte, car privé de nourriture. Il résiste à une immersion prolongée dans l'eau, d'où l'inefficacité du lavage courant des cheveux pour l'éliminer.



Commentaire : Le pou de tête, qui porte le nom scientifique de *Pediculus humanus var. capitis*, est un insecte hématophage, parasite exclusif de l'homme. L'animal adulte, long de 1 à 4 mm, est doté de pattes griffues bien adaptées pour s'agripper aux cheveux. Pour se nourrir, il perce la peau 2 à 3 fois par jour et aspire le sang en injectant une salive anticoagulante.



Commentaire : Le pou de tête adulte vit environ un mois, au cours duquel la femelle pond plus d'une centaine d'œufs ou lentes. Chaque œuf, d'une longueur de 0,3 à 0,8 mm et de couleur blanc-nacré, est solidement fixé à la base du cheveu, à 1 mm environ du cuir chevelu. Les œufs éclosent au bout de 7 jours d'incubation. La lente vide reste fixée au cheveu et s'éloigne du cuir chevelu au fur et à mesure de la pousse du cheveu. Les larves deviennent des adultes reproducteurs en 9 à 12 jours.

FAQ 2 : Comment les enfants attrapent-ils des poux ?

Chez l'enfant, la transmission des poux n'est pas imputable à un manque d'hygiène. La pédiculose touche tous les milieux sociaux et, du fait des

conditions de promiscuité, l'école est souvent la principale source de contamination.

La pédiculose affecte principalement les enfants en milieu scolaire, surtout ceux des classes maternelles et primaires, mais aussi les adultes. La transmission des poux de tête s'effectue le plus souvent par contact direct, même de courte durée, du fait de leur mobilité. La transmission indirecte (bonnet, cagoule, peigne, etc.) est beaucoup plus rare. La préférence ou la répulsion des poux de tête pour certains types de chevelure n'est pas véritablement prouvée.

FAQ 3 : Quels sont les signes cliniques de la pédiculose ?

La pédiculose se caractérise par la présence des poux et de leurs œufs et par un prurit plus ou moins intense.

1- la présence de poux et de lentes

Pour affirmer le diagnostic de pédiculose, il faut constater la présence de poux vivants et/ou de lentes vivantes, c'est-à-dire situées à moins de 5 mm du cuir chevelu. Le pou adulte est souvent difficile à observer car une chevelure ne compte rarement plus d'une dizaine d'individus. En revanche, les lentes peuvent être présentes par centaines. Elles sont facilement visibles sur une chevelure de couleur foncée, car elles sont blanches. Mais sur une chevelure blonde, leur observation sera parfois difficile.

2- Des démangeaisons

Les démangeaisons sont provoquées par la piqûre de l'insecte lors de son repas sanguin. Elles sont plus ou moins importantes suivant le nombre de poux adultes présents. Le prurit se concentre essentiellement au niveau de la nuque et derrière les oreilles. Des lésions de grattage peuvent en résulter.



Commentaire : Les piqûres provoquées par le pou lors de son repas sanguin provoquent des démangeaisons intenses, situées ici au niveau de la nuque. Les lésions de grattage qui en résultent peuvent se surinfecter.

FAQ 4 : Sur la tête, où localiser les poux quand on suspecte une infestation ?

Les poux ont tendance à préférer les endroits les plus chauds du cuir chevelu. C'est pourquoi ils sont souvent localisés au niveau de la nuque et derrière les oreilles.



Commentaire : Les zones de prédilections du pou de tête sont situées, comme ici, derrière les oreilles, mais également au niveau de la nuque. Le pou y trouve la chaleur nécessaire à son développement.

FAQ 5 : De quels produits dispose-t-on pour traiter les poux ?

Le traitement du cuir chevelu repose sur l'application locale d'insecticides. Ces insecticides relèvent principalement de 2 familles chimiques :

- **Les pyréthrinés naturels et de synthèse** : à utiliser en première intention. Ces produits sont relativement bien tolérés. Leur usage est cependant déconseillé avant l'âge de 6 mois. Le traitement nécessite 2 applications à 7-10 jours d'intervalle.

EN SAVOIR PLUS**Les pyréthrinés naturelles et de synthèse :**

Les pyréthrinés ont une bonne action pédiculicide, mais leur action lenticide est souvent modérée. C'est pourquoi une deuxième application 7 à 10 jours après est nécessaire pour éliminer les jeunes poux qui ont pu éclore dans l'intervalle.

L'efficacité des pyréthrinés est de plus en plus limitée du fait de l'acquisition de résistances. Le butoxyde de pipéronyle est souvent associé dans ces produits : son effet insecticide est censé agir en synergie tout en jouant un rôle préventif dans le développement des résistances.

Les pyréthrinés ont un effet irritant modéré. Leur usage est cependant déconseillé avant l'âge de 6 mois.

Le produit est à appliquer sur cheveux secs ; laisser agir pendant 30 minutes (15 minutes en dessous de 2 ans) avant de rincer avec un shampoing non traitant et de peigner avec un peigne à poux.

- **Le malathion :** c'est le produit anti-poux le plus efficace, mais également le plus irritant. On ne l'utilise qu'en cas d'échec des pyréthrinés. Il est déconseillé avant 2 ans.

EN SAVOIR PLUS**Le malathion :**

Le malathion possède à la fois une bonne activité lenticide et pédiculicide. Il est moins sujet aux résistances que les pyréthrinés. Ses inconvénients sont toutefois nombreux : fort pouvoir irritant, odeur désagréable, durée d'application (12 heures), inflammabilité. Il ne sera utilisé qu'en cas d'échec des pyréthrinés. Son utilisation avant 2 ans est déconseillée.

Le produit est à appliquer sur cheveux secs et laisser sécher ; laver avec un shampoing normal 12 heures plus tard et peigner avec un peigne à poux.

FAQ 6 : Quelles sont les différentes formes d'utilisation des produits anti-poux ?

1- Les lotions :

Ce sont les formes les plus efficaces de traitement. Elles sont appliquées raie par raie, en quantité suffisante pour mouiller tout le cuir chevelu, en évitant tout écoulement sur les muqueuses.

2- Les aérosols :

Ils sont contre-indiqués chez le nourrisson et chez l'asthmatique en raison du risque de bronchospasme. Dans tous les cas, les pulvérisations doivent être effectuées dans une pièce bien aérée, en évitant bien entendu de pulvériser en direction des yeux, du nez et de la bouche.

3- Les shampooings :

Les shampooings sont peu efficaces en raison d'un temps de contact insuffisant et de la dilution par l'eau de rinçage. Leur usage intempestif comme préventif pourrait favoriser l'apparition de résistances.

4- Les crèmes :

Elles sont moins faciles d'utilisation que les lotions.

FAQ 7 : Quel produit anti-poux utiliser ?

Les produits anti-poux sont en vente libre en pharmacie. Il en existe de très nombreux.

Produits anti-poux disponibles en pharmacie

Famille chimique	Principe actif	dosage	Substances associées	marque	Forme d'emploi
Pyréthrines naturelles	pyréthrines naturelles	0,3 %		Marie-Rose ®	Shampooing
Pyréthrines de synthèse	dépaillétrine	1,8 %	+ butoxyde de pipéronyle 7,2 %	Para-spécial poux ®	Aérosol
		1,1 %	+ butoxyde de pipéronyle 4,4 %		Shampooing
	perméthrine	0,4 %	+ butoxyde de pipéronyle 2 % + méthoprène 0,2 %	Altopou ®	Lotion
		0,3 %	+ butoxyde de pipéronyle 2 % + enoxolone 0,2 %		Lotion
		0,3 %	+ butoxyde de pipéronyle 1 %	Pyréflor ®	Shampooing
			+ butoxyde de pipéronyle 1 % + enoxolone 0,2 %		Lotion
		0,2 %	+ butoxyde de pipéronyle 0,8 %	Charlieu anti-poux ®	Shampooing
		1 %	+ butoxyde de pipéronyle 4 % + malathion 0,5 %	Para plus ®	Aérosol
		1 %		Nix ®	Crème fluide
	phénothrine	0,3 %		Itax ®	Shampooing
		0,4 %		Item ®	Shampooing
		0,3 %			Lotion
		0,23 %		Hégor antipoux ®	Shampooing
		0,2 %		Parasidose	Shampooing
Organophosphorés	malathion	0,5 %		Prioderm ®	Lotion
		0,5 %			Aérosol

D'après « La Revue Prescrire », novembre 2001 / Tome 21 N°222

Les lotions constituent la forme la plus efficace de traitement. Elles doivent être préférées à toute autre.

En première intention, préférer un produit contenant une pyréthrine de synthèse. En cas d'échec, utiliser un anti-pou à base de malathion.

Tout traitement anti-poux doit s'accompagner d'un brossage minutieux à l'aide d'un peigne à poux afin d'éliminer les lentes qui restent accrochées. Il faut procéder en peignant de l'extrémité des cheveux vers le cuir chevelu.

FAQ 8 : Faut-il aussi traiter l'environnement ?

Bien que les objets aient un rôle moindre dans la transmission des poux, il est nécessaire de décontaminer vêtements, literie, peignes, bonnets, cagoules, chapeaux et autres objets susceptibles d'avoir été en contact avec la chevelure.

Plusieurs méthodes de décontamination doivent être utilisées conjointement :

- Lavage en machine à 60°C quand cela est possible.
- Pulvérisation d'un insecticide (A-PAR®, Antiparasitaire Clément®, Pyreflor traitement de l'environnement®).
- Stockage en sacs plastiques entre 25 et 30°C pendant quinze jours, le temps d'éclosion des œufs et de mort des larves.

FAQ 9 : Peut-on utiliser des shampoings anti-poux pour prévenir l'apparition de poux ?

Un lavage régulier des cheveux avec un produit anti-poux est inutile en prévention. Il participe même probablement au développement de la résistance des poux aux insecticides car ils ont une trop faible rémanence. Ces produits ne doivent être utilisés qu'en cas de présence avérée de poux et de lentes sur la chevelure.

Pour prévenir l'apparition des poux, il existe des produits répulsifs à pulvériser 2 ou 3 fois par semaine sur la chevelure (Pyréflor répulsif spray préventif®). On peut également utiliser une préparation à base d'huile essentielle de lavande qui possède des propriétés répulsives. Frictionnez chaque matin le cuir chevelu avec une solution préparée avec 10 ml d'huile essentielle de lavande dans un demi litre de vinaigre. Cette mixture à l'odeur désagréable n'aurait pas son pareil pour éloigner les poux. Mais elle ne recueille pas forcément les faveurs de nos chérubins !

FAQ 10 : Quels conseils donner aux parents pour les aider à se débarrasser efficacement des poux ?

Quelques notions simples peuvent conduire à se débarrasser efficacement des poux de tête en évitant tout traitement superflu.

1- Examinez :

Examiner minutieusement toute la chevelure de votre enfant en cas de démangeaisons persistantes, en insistant tout spécialement dans la région de la nuque, derrière les oreilles et à la base des cheveux. Examinez de même toutes les personnes de votre entourage.

2- Traitez :

- Ne traitez l'enfant qu'en cas de découvertes de poux vivants et/ou de lentes accrochées à moins de 5 mm du cuir chevelu.
- Traitez d'abord avec une lotion à base de pyréthrine (et non un shampoing). Appliquez la sur cheveux secs ; laissez agir pendant 30 minutes (15 minutes en dessous de 2 ans) avant de rincer avec un shampoing non traitant et de peigner avec un peigne à poux. Répétez la même application 7 à 10 jours plus tard.
- En cas d'échec, si votre enfant a plus de 2 ans, appliquez sur cheveux secs une lotion à base de malathion et laissez sécher ; lavez avec un shampoing normal 12 heures plus tard et peignez avec un peigne à poux.
- Protégez les yeux et les muqueuses de votre enfant lors de l'application d'un produit antipoux.
- N'utilisez pas de produits en aérosol chez un enfant asthmatique ou chez un nourrisson en raison des bronchospasmes qu'ils peuvent provoquer.

- Si votre bébé a moins de 6 mois, évitez toute application d'anti-poux. Tentez plutôt d'éliminer les poux par un peignage minutieux, répété (2 à 3 fois par jour) et prolongé (3 semaines), avec un peigne à poux.

3- Décontaminez :

Décontaminez les objets qui peuvent être infestés (vêtements, chapeaux, oreillers, brosses, etc.) par lavage à 60°C si possible, sinon par pulvérisation d'un insecticide, ou la mise en sac plastique clos durant 15 jours.

LE PSORIASIS

Introduction

Le psoriasis est une dermatose de l'enfant et de l'adulte surtout invalidante par son aspect inesthétique et par la difficulté psychologique de vivre avec. C'est une maladie inflammatoire chronique qui se manifeste par des plaques rouges, épaisses et squameuses.

FAQ 1 : Le psoriasis, quelle fréquence ?

FAQ 2 : Un enfant atteint de psoriasis peut-il guérir de sa maladie ?

FAQ 3 : Qu'est-ce qui déclenche l'apparition de psoriasis ?

FAQ 4 : Que se passe-t-il au niveau de la peau ?

FAQ 5 : A quoi ressemblent les lésions ?

FAQ 6 : Quelles sont les localisations habituelles du psoriasis ?

FAQ 7 : Existe-t-il des complications ?

FAQ 8 : Comment envisager le traitement ?

FAQ 9 : Quels sont les traitements locaux employés ?

FAQ 10 : Quel est l'intérêt de la photothérapie dans le traitement du psoriasis ?

FAQ 11 : Quels sont les traitements en cas de formes étendues ou graves ?

FAQ 12 : Les cures thermales sont-elles efficaces dans le traitement du psoriasis ?

FAQ 1 : Le psoriasis, quelle fréquence ?

Le psoriasis touche 3 à 5 % des français.

Dans 30 % des cas, le psoriasis débute avant l'âge de 15 ans. Il est rare qu'il survienne avant l'âge de 5 ans.

50 % des patients ont des antécédents familiaux.

Chez 10 % des patients, le psoriasis est grave en raison soit de son extension soit de ses complications. Mais chez les enfants les formes graves sont exceptionnelles.

FAQ 2 : Un enfant atteint de psoriasis peut-il guérir de sa maladie ?

Le psoriasis est une dermatose chronique dont les lésions reviennent par poussées qui se succèdent à un rythme variable et imprévisible. Les phases de rémission peuvent durer plusieurs mois à plusieurs années. Un adulte atteint de psoriasis alterne toute sa vie des phases de poussée et de rémission.

Le psoriasis de l'enfant a un meilleur pronostic à long terme que celui de l'adulte. Seulement 30 % des enfants gardent des lésions après l'âge de 15 ans et dans plus de 30 % des cas il existe même une rémission spontanée de la maladie.

FAQ 3 : Qu'est-ce qui déclenche l'apparition de psoriasis ?

Si la cause précise du psoriasis est inconnue, deux facteurs semblent intervenir dans son déclenchement

Des facteurs héréditaires :

Il existe un terrain génétique prédisposant. Les enfants psoriasiques héritent souvent des symptômes de leurs parents. 50 % des enfants atteints de la maladie ont des antécédents familiaux de psoriasis. Des gènes de prédisposition ont été localisés. Ces gènes pourraient favoriser les réactions du système immunitaire qui sont à l'origine des lésions observées sur la peau.

Des facteurs environnementaux :

Certains éléments de l'environnement favorisent l'apparition ou l'aggravation de la maladie. Les facteurs environnementaux varient non seulement d'un enfant à un autre, mais aussi d'une crise à l'autre. Un épisode aigu de psoriasis survient souvent après une rhinopharyngite bactérienne chez un enfant. Un stress ou une émotion peuvent aussi déclencher l'apparition des lésions.

EN SAVOIR PLUS

Les facteurs environnementaux

L'environnement de l'enfant influe énormément sur la survenue des poussées de psoriasis :

- *Les infections bactériennes : elles ont un rôle important dans le développement du psoriasis chez les enfants. Les épisodes de psoriasis surviennent très souvent après une affection rhinopharyngée à germe streptococcique.*
 - *Les traumatismes locaux : le frottement, le grattage, la survenue d'une blessure, peuvent entraîner in situ l'efflorescence de lésions psoriasiques. C'est le phénomène de Koebner.*
 - *Les facteurs psychologiques : le stress, l'émotivité, au travers même des petits tracasseries quotidiens déclenchent les nouvelles poussées.*
 - *Certains médicaments : les bêtabloquants, le lithium, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, l'indométacine sont parfois incriminés dans la survenue du psoriasis.*
-

FAQ 4 : Que se passe-t-il au niveau de la peau ?

Au niveau cutané, le mécanisme précis de développement du psoriasis n'est pas élucidé. Il s'apparenterait à celui d'une maladie auto-immune : l'activation de lymphocytes T, consécutive à une réaction immunitaire, est à l'origine de l'inflammation de la peau. Il s'ensuit une prolifération accrue des kératinocytes de l'épiderme, qui se divisent plus rapidement que dans la peau normale, conduisant à un épaississement cutané.

FAQ 5 : A quoi ressemblent les lésions ?

Le psoriasis se présente sous la forme de lésions bien délimitées, légèrement surélevées, de couleur rouge-foncé et recouvertes de squames blanches.

En cas de doute, on peut rechercher le signe de la bougie (blanchiment des lésions lors du grattage des lésions avec une curette) et de la rosée sanglante (apparition d'un érythème recouvert d'un piqueté hémorragique si on poursuit le grattage).

Il existe des variations, essentiellement fonctions de la localisation des lésions :

- **psoriasis nummulaire**



Commentaire : Le psoriasis nummulaire est la forme typique avec des lésions érythémato-squameuses en plaques siégeant aux zones de contact comme les coudes et les genoux.

- **psoriasis en goutte**



Commentaire : Le psoriasis en goutte est la forme la plus commune de début de psoriasis infantile au décours d'une infection rhinopharyngée. Il s'agit d'une éruption brutale de petits éléments érythémateux de la taille d'une goutte d'eau siégeant habituellement au niveau du tronc.

- **psoriasis du cuir chevelu**



Commentaire : Le psoriasis du cuir chevelu se présente sous la forme typique de lésions érythémato-squameuses bien délimitées. Les squames sont grasses, agglomérant et couchant les cheveux comme les tuiles d'un toit. Les cheveux ne sont, en général, ni altérés ni raréfiés.

- **psoriasis du visage**



Commentaire : Le psoriasis du visage peut prendre différents aspects, soit en goutte soit nummulaire, en général symétrique et recouvert de squames épaisses. Il siège souvent au niveau des plis sus et rétro-auriculaires, des sourcils, des joues, des zones péri-oculaire ou péri-orale.

- **psoriasis des ongles**



Commentaire : Le psoriasis unguéal se traduit par des ponctuations en « dé à coudre » et un ongle épaissi qui devient friable.

- **psoriasis des plis**



Commentaire : Le psoriasis des plis ou psoriasis inversé, fréquent chez l'enfant, a un aspect rouge foncé et peu squameux du fait de la macération. Il peut être confondu avec une mycose.

- **psoriasis des langes**



Commentaire : Le psoriasis des langes, aussi appelé napkin psoriasis, est une dermatose fessière du nourrisson. L'aspect est rouge foncé et peu squameux du fait de la macération. Il s'agit probablement d'un phénomène de Koebner au contact des langes.

- **psoriasis palmo-plantaire**



Commentaire : Le psoriasis palmo-plantaire, fréquent chez l'enfant de moins de 10 ans, se présente sous la forme de lésions érythémateuses avec des squames épaisses aux points d'appui et des fissures dans les zones de mobilité. Il est souvent accompagné d'une acropulpite donnant au bout des doigts un aspect collodionné, avec à la palpation la sensation d'enfoncer une balle de ping-pong.

FAQ 6 : Quelles sont les localisations habituelles du psoriasis?

Les lésions, souvent bien délimitées, siègent aux niveaux des zones de friction, exposées aux contacts : coudes et avant-bras, genoux, région lombo-sacrée. D'autres localisations peuvent exister : cuir chevelu, visage, paume des mains, plante des pieds, ongles.

Le psoriasis du nourrisson est souvent localisé à la zone des langes.
Chez l'enfant, le visage et le cuir chevelu sont très souvent touchés.

FAQ 7 : Existe-t-il des complications ?

Dans le psoriasis habituel, l'état général n'est pas altéré. Un prurit peut être présent dans 30 à 60 % des cas.

Les formes graves sont rares chez l'enfant.

- **Le psoriasis érythrodermique :**

C'est une forme sévère de psoriasis touchant tout l'épiderme avec une altération importante de l'état général.



Commentaire : Le psoriasis érythrodermique est une atteinte érythémateuse de tout l'épiderme avec une desquamation importante. Il se complique de fièvre, d'œdème de troubles hydroélectrolytiques et de surinfection entraînant l'hospitalisation de l'enfant.

- Le psoriasis pustuleux généralisé:

Il survient fréquemment à la suite d'erreur thérapeutique comme une corticothérapie générale. Il y a apparition de petites pustules accompagnées d'une fièvre élevée.



Commentaire : Le psoriasis pustuleux généralisé peut survenir à la suite d'erreur thérapeutique comme une corticothérapie générale. Il se présente sous la forme de grands placards érythémateux qui vont confluer rapidement. Puis il y a apparition de petites pustules, et enfin desquamation. Il s'accompagne d'une fièvre élevée. L'évolution peut être

grave au plan vital.

- **Le rhumatisme psoriasique :**

Le psoriasis arthropathique est un rhumatisme inflammatoire chronique touchant les articulations périphérique et/ou le rachis. C'est une complication exceptionnelle chez l'enfant.

FAQ 8 : Comment envisager le traitement ?

- **En cas de psoriasis peu étendu :** le traitement local est suffisant.
- **En cas de psoriasis étendu :** le traitement local sera associé à la photothérapie.
- **En cas de psoriasis grave :** un traitement par voie général sera utilisé.

Le traitement dépend non seulement de la forme clinique, mais également de la demande thérapeutique de l'enfant et/ou de sa famille. Certains enfants s'accommodent parfaitement d'un psoriasis étendu qui épargne les régions découvertes ; par contre d'autres seront très affectés par un psoriasis d'extension limitée mais atteignant le visage et les mains.

Aucun traitement n'est capable de guérir définitivement le psoriasis, mais ils permettent la disparition transitoire et plus ou moins complète des lésions.

FAQ 9 : Quels sont les traitements locaux employés ?

D'une manière générale on utilisera :

- **Les pommades** : pour les lésions sèches et épaisses.
- **Les crèmes** : pour les lésions peu épaisses situées dans les plis ou les muqueuses.
- **Les lotions** : pour les lésions du cuir chevelu.

1- Les dermocorticoïdes :

Ils constituent un bon traitement d'attaque du psoriasis peu étendu si leurs règles d'utilisation sont bien respectées. Ils ne doivent pas être prescrits en traitement d'entretien sous peine d'effets secondaires importants.

EN SAVOIR PLUS

Les dermocorticoïdes

Action :

- anti-inflammatoire
- antiprolifératif
- immunosuppresseur

Effets indésirables :

- Cutanée : atrophie, vergetures, troubles pigmentaires
- Systémique : ralentissement de la croissance

Formes :

- Pommades : lésions sèches
- Crèmes : plis
- Lotions : cuir chevelu

Choix du dermocorticoïde :

Il existe un grand nombre de spécialités contenant des dermocorticoïdes. Elles sont classées en 4 catégories selon leur force :

- Classe I : activité très forte
- Classe II : activité forte
- Classe III : activité modérée
- Classe IV : activité faible

Les principaux dermocorticoïdes

Substances	Groupe IV : activité faible	Groupe III : activité modérée	Groupe II : activité forte	Groupe I : activité très forte
Alclométasone		ACLOSONE ® crème, pommade		
Amcinonide			PENTICORT ® crème	
Bétaméthasone (dipropionate)			DIPROSONE ® crème, pommade, lotion	DIPROLENE ® crème, pommade
Bétaméthasone (valérate)		CELESTODERM RELAIS ® crème	BETNEVAL ® crème, pommade, émulsion CELESTODERM ® crème, pommade	
Clobétasol				DERMOVAL ® crème, gel capillaire
Désonide		TRIDESONIT ® crème LOCAPRED ® crème	LOCATOP ® crème	
Diflucortolone			NERISONE ® crème, pommade, pommade anhydre	
Difluprednate		EPITOPIC 0.02 % ® crème	EPITOPIC 0.05 % ® crème, gel	
Fluocinolone		SYNALAR ® solution		
Fluocortolone		ULTRALAN ® pommade		
Fluticasone			FLIXOVATE ® crème, pommade	
Hydrocortisone	DERMASPRAID DEMANGEAISON ® crème (1) DERMASPRAY DEMANGEAISON ® spray (1) HYDRACORT ® crème MITOCORTYL DEMANGEAISONS ® crème (1) HYDROCORTISONE KERAPHARM crème			
Hydrocortisone (acéponate)			EFFICORT ® crèmes hydrophile et lipophile	
Hydrocortisone (butyrate)			LOCOID ® crème, crème épaisse, pommade, lotion, émulsion	

(1) :spécialités de conseil officinal ne nécessitant pas de prescription médicale et non remboursées

La force du dermocorticoïde à utiliser est fonction de l'âge et de la localisation :

- Sur le corps : Classe I ou II
- Sur le visage : Classe III

Chez les nourrissons il convient d'utiliser des dermocorticoïdes plus faibles en raison du risque de passage systémique plus important. On évitera également l'application sur le visage.

Conseils d'utilisation :

C'est un traitement d'attaque. Il est conseillé d'effectuer des traitements de durée limitée.

La consommation de dermocorticoïde doit être rigoureusement surveillée :

- N'appliquez le dermocorticoïde que sur les zones inflammatoires et toujours en petite quantité. Le volume d'un grain de riz suffit sur un avant-bras.
 - Une application par jour est suffisante. Lavez vous les mains après application.
 - Si le traitement dépasse une semaine, une diminution progressive est ensuite indispensable pour éviter les phénomènes de rebond. Commencez alors à réduire les doses progressivement à raison d'une application un jour sur deux pendant une semaine puis un jour sur trois la dernière semaine. Les jours où le dermocorticoïde n'est pas appliqué, une crème émolliente destinée à corriger la sécheresse de la peau sera utilisée.
 - N'appliquez pas sur les paupières en raison d'un risque de cataracte ou de glaucome.
 - N'appliquez pas dans les plis ou sous la couche chez le nourrisson en raison d'un risque occlusif aboutissant à un passage du corticoïde dans la circulation sanguine.
-

2- Les dérivés de la vitamine D (Calcipotriol, Tacalcitol) :

Ils sont utilisés pour le traitement d'entretien du psoriasis. Autorisés chez l'enfant à partir de 6 ans. L'association avec les dermocorticoïdes a une action synergique, permettant de diminuer les doses et donc de limiter les effets secondaires.

EN SAVOIR PLUS

Les dérivés de la vitamine D

Calcipotriol : DAIVONEX® crème, pommade, lotion

Tacalcitol : APSOR®

Action :

Ils ralentissent la prolifération des kératinocytes grâce à l'augmentation de leur différenciation. L'effet se manifeste en premier lieu par une diminution de l'épaisseur des squames. L'érythème disparaît progressivement par la suite.

L'efficacité optimale est observée après 6 à 8 semaines de traitement.

Effets indésirables :

- *Effets irritatifs, notamment sur le visage*
- *Hypercalcémie*

Posologie :

DAIVONEX®

Crème, pommade

Age	Dose maximale hebdomadaire
6-11 ans	1,4 g/kg Max. 50 g
12-18 ans	1,4 g/kg Max. 75 g
adultes	Max. 100g

Lotion : Maximum 60 ml/semaine

APSOR® : Maximum 50 g/semaine

Conseils d'utilisation :

- *Appliquez une à deux fois par jour sur une peau nettoyée.*
- *Forme crème : pour les lésions situées dans les plis ou les muqueuses.*
- *Forme pommade : pour les lésions très sèches et épaisses.*
- *Forme lotion : pour le cuir chevelu.*

- *Evitez le visage.*
- *Il faut se laver les mains après application.*

Modalités d'association avec les dermocorticoïdes :

- *L'un des traitements sera appliqué le matin, l'autre le soir.*
 - *Autre possibilité : le dermocorticoïde est utilisé le week-end matin et soir, le dérivé de la vitamine D dans la semaine matin et soir.*
-

3- Les autres traitements topiques

- **Les kératolytiques salicylés :**

Les préparations à base d'acide salicylique sont utilisées pour le décapage des lésions très kératosiques, dans des zones où la peau est épaisse. A ne pas utiliser avant l'âge de 5 ans.

EN SAVOIR PLUS

Les kératolytiques salicylés

L'acide salicylique permet de décaper les lésions très épaisses avant d'entamer un traitement local.

L'acide salicylique peut être associé aux dermocorticoïdes, en alternance (préparation magistrale de vaseline salicylée), ou dans le même produit

Exemples :

BETNESALIC ® pommade

DIPROSALIC ® pommade, lotion

NERISALIC ® crème

KENALCOL ® lotion

Précautions d'emploi :

Attention ! Les préparations à base d'acide salicylique doivent être évitées chez les enfants de moins de 5 ans en raison du risque d'intoxication salicylée.

Conseil d'utilisation :

2 applications par jour, suivies d'un léger massage, pendant une à deux semaines.

Chez l'enfant de plus de 5 ans, on peut mettre des topiques salicylés à 2 ou 3 % sur des surfaces limitées comme le cuir chevelu ou certaines lésions très kératosiques. Si les squames sont moins épaisses, des préparations émollientes permettent d'obtenir le même effet sans risque.

- **Les préparations à base de goudrons :**

Les goudrons ont une action antiproliférative, kératolytique, antiseptique et antiprurigineuse. Leur odeur désagréable limite souvent leur emploi.

EN SAVOIR PLUS

Les goudrons

Les goudrons de houille (coaltar) ont été interdits en raison de leur potentiel carcinogène. L'ichtyol et les goudrons d'origine végétale (Huile de cade) restent cependant disponibles, sous forme de préparations magistrales ou de spécialités.

ALPHOSYL® pommade (réservé à l'adulte)

ANAXERYL® pommade

CADITAR® solution (à mettre dans l'eau du bain)

Action :

- *Antiprolifératif*
- *Kératolytique*
- *Antiseptique*
- *Antiprurigineux*

Effets indésirables :

- *Réaction acnéiformes*
- *Irritation*
- *Photosensibilisation*

ANAXERYL ® contient du baume du Pérou allergisant

Conseils d'utilisation :

- 1 application par jour sur une peau propre et sèche.
 - Ne pas appliquer sur les muqueuses.
 - Eviter l'application sur le visage et sur le cuir chevelu.
-

FAQ 10 : Quel est l'intérêt de la photothérapie dans le traitement du psoriasis ?

La photothérapie en cabine permet de reproduire les effets bénéfiques du soleil sur le psoriasis grâce à l'utilisation des ultraviolets. C'est un traitement d'attaque très efficace, entraînant dans 80 % des cas une rémission des lésions en 4 à 6 semaines.

Il existe plusieurs techniques de photothérapie, celle employée chez les enfants s'appelle l'UVBthérapie spectre étroit (TL01).

EN SAVOIR PLUS

La photothérapie

Deux types de photothérapie peuvent être utilisées :

- La PUVAthérapie (Psoralène + UVA)

Elle consiste à administrer deux heures avant l'irradiation par des ultraviolets de type A (320-400 nm) un psoralène photosensibilisant (Meladinine ®, Psoraderm ®) à raison de 3 séances par semaine pendant 4 à 6 semaines. Le port de lunettes de soleil est obligatoire entre chaque séance.

Attention ! En raison du risque carcinogène élevé, cette technique est fortement déconseillée chez les enfants de moins de 15 ans. On lui préfère l'UVBthérapie spectre étroit (type TL01).

- *L'UVBthérapie spectre étroit (TL01)*

C'est le traitement d'attaque de référence du psoriasis étendu chez l'enfant. On utilise des ultraviolets de type A à 311 nm, plus énergétiques mais moins pénétrants que les UVA et ne nécessitant pas la prise d'un agent photosensibilisant avant chaque séance.

Outre son efficacité identique à la PUVAthérapie, l'UVBthérapie est d'un maniement plus aisé :

- Pas de prise de psoralène avant les séances.*
- Pas de brûlures après les séances.*
- Pas de protection oculaire à porter en dehors des séances.*

Une vingtaine de séances réparties sur 4 à 6 semaines est nécessaire pour obtenir la disparition des lésions.

Mais la photothérapie ne doit pas être utilisée comme traitement d'entretien car elle n'est pas dénuée de risque : elle provoque l'accélération du vieillissement cutané et l'induction à long terme de cancers cutanés. Il est donc indispensable de la réaliser selon des règles très strictes et de comptabiliser de façon précise le nombre de séances et les doses d'ultraviolets administrées.

La principale difficulté de ce traitement réside dans le fait de pouvoir disposer près de chez soi d'un cabinet de Dermatologie équipé d'une cabine de photothérapie. Il faut aussi pouvoir trouver des créneaux horaires pour pratiquer ces séances à raison de 3 fois par semaine en moyenne.

FAQ 11 : Quels sont les traitements en cas de formes étendues ou graves ?

Les formes graves de psoriasis sont rares dans l'enfance. Les principales indications d'un traitement systémique sont le psoriasis vulgaire étendu, le psoriasis pustuleux, le psoriasis érythrodermique et le rhumatisme psoriasique

1- L'acitrétine :

Dans les formes graves, on propose l'acitrétine en première intention. En cas d'utilisation prolongée chez un enfant, il faut surveiller sa croissance. L'acitrétine est un rétinoïde (dérivé de la vitamine A). Il peut être utilisé seul ou en association avec la photothérapie.

EN SAVOIR PLUS

L'acitrétine

SORIATANE® gélules

Action :

Augmente la différenciation des kératinocytes réduisant ainsi le renouvellement anormalement rapide, cause de l'épaississement cutané.

Effets indésirables :

- *Sécheresse cutanée*
- *Troubles lipidiques*
- *Troubles hépatiques*
- *Troubles de la croissance*
- *Tératogénicité*

Conseils d'utilisation :

- *0,5 à 0,75 mg/kg/jour, en 1 à 3 prises, au cours du repas.*
- *Les cures ne doivent pas excéder 2 à 3 mois en raison des nombreux effets indésirables.*
- *L'utilisation d'une crème émolliente permet de réduire la sécheresse cutanée.*

- *Chez l'enfant, en raison de l'apparition d'effets secondaires graves sur le développement osseux lors de traitements longs, l'évolution du développement osseux et de la croissance doit être étroitement surveillé.*
 - *Du fait de la tératogénicité de l'acitrétine, une contraception orale est obligatoire chez toute jeune fille en âge d'avoir des enfants. Cette contraception doit être débutée un mois avant et maintenue au moins deux mois (deux ans par mesure de prudence) après la fin du traitement.*
-

2- La ciclosporine :

Utilisable en cas d'échec de l'acitrétine, sa néphrotoxicité et le risque d'immunodépression limitent son utilisation chez l'enfant à de courtes périodes.

EN SAVOIR PLUS

La ciclosporine

NEORAL ® capsules, solution buvable

SANDIMMUN ® capsules, solution buvable

Action :

Bloque les phénomènes immunitaires impliqués dans le psoriasis

Effets indésirables :

- *Néphrotoxicité*
- *Hypertension artérielle*
- *Céphalées*

Conseils d'utilisation :

- *2,5 à 5 mg/kg/jour pendant 4 à 5 mois*
 - *Attention ! L'association de la ciclosporine avec la photothérapie est fortement déconseillée en raison du risque de cancer cutané.*
-

3- Le méthotrexate

Sa principale indication est le rhumatisme psoriasique. Le méthotrexate n'est pas contre-indiqué chez l'enfant, mais compte tenu de ses effets secondaires son utilisation doit rester exceptionnelle.

EN SAVOIR PLUS

Le méthotrexate

NOVATREX ® comprimés

METHOTREXATE BELLON ® comprimés, injectable

Action :

Antimitotique et immunosuppresseur, il empêche la prolifération cellulaire.

Effets indésirables :

- Toxicité hématologique
- Néphrotoxicité
- Hépatotoxicité
- Tératogénicité

Conseils d'utilisation :

- 15 à 25 mg en administration hebdomadaire unique par voie orale ou en intramusculaire.
 - Surveillance hématologique (NFS, taux de plaquettes), hépatique (albumine, transaminases) et rénale (créatinine).
 - Contraception orale chez les jeunes filles en âge d'avoir des enfants.
 - Ne pas associer à la photothérapie en raison du risque de photosensibilisation.
-

FAQ 12 : Les cures thermales sont-elles efficaces dans le traitement du psoriasis ?

Pour traiter le psoriasis on utilise des eaux salées hyperminérales chlorurées. Il faut cependant admettre que l'effet thérapeutique de l'eau thermale reste modeste. Par contre, le bénéfice psychologique est indéniable, notamment chez les enfants. L'intérêt de la cure réside dans une approche globale de la maladie. Elle peut être le lieu d'échanges entre des enfants atteints de la même maladie et l'occasion d'un apprentissage des soins locaux.

LA ROSEOLE
(ou sixième maladie, ou exanthème subit)

Introduction

La roséole est une maladie d'origine virale très fréquente chez le nourrisson. Elle se manifeste par une fièvre élevée suivie d'une éruption cutanée prédominant au tronc. Le traitement consiste à assurer le contrôle de la fièvre et une hydratation suffisante.

FAQ 1 : La roséole, quelle fréquence ?

FAQ 2 : Quel est l'agent responsable de la roséole ?

FAQ 3 : Un enfant peut-il faire deux fois la roséole ?

FAQ 4 : Comment se déroule la maladie ?

FAQ 5 : A quoi ressemble l'éruption ?

FAQ 6 : Que faire en cas de roséole ?

FAQ 1 : La roséole, quelle fréquence ?

La roséole s'observe très fréquemment chez le nourrisson, principalement entre 6 mois et 2 ans. Quasiment aucun enfant n'y échappe. A 3 ans, 98 % des enfants ont acquis une immunité vis-à-vis de la roséole.

FAQ 2 : Quel est l'agent responsable de la roséole ?

L'agent responsable de la roséole est un herpèsvirus humain de type 6 ou 7 (HHV-6 ou HHV-7) qui se transmet par voie aérienne dans les sécrétions nasales ou pharyngées.

FAQ 3 : Un enfant peut-il faire deux fois la roséole ?

La roséole procure une immunité définitive, mais la constatation de deux épisodes successifs chez un nourrisson est possible car chaque virus (HHV-6 et HHV-7) ne confère d'immunité que pour son propre compte.

FAQ 4 : Comment se déroule la maladie ?

Après une phase d'incubation de 7 à 17 jours, la roséole débute brutalement par une fièvre élevée (39-40°C). La fièvre, qui dure 3 à 4 jours, est suivie d'une défervescence brutale qui coïncide avec l'apparition d'une éruption discrète et fugace. Malgré la fièvre élevée, l'état général du nourrisson est, de façon assez étonnante, très bon. L'enfant cesse d'être contagieux quand survient l'éruption.

D'autres symptômes sont parfois observés : un œdème périorbitaire avec bouffissure des paupières, une diarrhée.

La maladie n'est pas toujours aussi symptomatique. La roséole peut se résumer à une fièvre sans éruption ou bien à une éruption sans fièvre. Elle est même parfois totalement asymptomatique.

La maladie est bénigne, en dehors du risque de convulsions hyperthermiques.

FAQ 5 : A quoi ressemble l'éruption ?

L'éruption est faite de maculopapules rose pâle de petite taille, prédominant au tronc et à la racine des cheveux, sans atteindre ni les membres, ni le visage. Elle disparaît sans séquelle en 48 heures.



Commentaire : *La roséole se caractérise initialement par une fièvre élevée, dépassant 40°C qui revient à la normale en 3-4 jours, contemporaine d'une éruption maculaire ou maculopapuleuse rose pâle sur le tronc qui disparaît en 2 jours.*

FAQ 6 : Que faire en cas de roséole ?

Le traitement de la roséole consiste à assurer le contrôle de la fièvre et une hydratation suffisante.

LA ROUGEOLE

Introduction

La rougeole est une maladie éruptive très contagieuse provoquée par un virus. L'éruption érythémateuse s'accompagne d'une forte fièvre et d'un rhume. Du fait de la vaccination, la rougeole a quasiment disparu en France. Mais bien que la maladie soit le plus souvent bénigne, des complications graves existent et rappellent l'importance de vacciner dès l'enfance.

FAQ 1 : La rougeole, une maladie en voie de disparition ?

FAQ 2 : Comment se déroule la rougeole ?

FAQ 3 : Qu'est ce que le signe de Köplick ?

FAQ 4 : Quelle est la période contagieuse ?

FAQ 5 : Peut-on faire deux fois la rougeole dans sa vie ?

FAQ 6 : La rougeole, quelles complications ?

FAQ 7 : Quel est le traitement de la rougeole ?

FAQ 8 : Quelles sont les modalités de la vaccination contre la rougeole ?

FAQ 9 : Que faire en cas d'épidémie de rougeole pour protéger les enfants pas encore vaccinés ?

FAQ 1 : La rougeole, une maladie en voie de disparition ?

La rougeole touche principalement les enfants d'âge scolaire ou préscolaire. Le nombre de cas a considérablement diminué en France depuis l'instauration de la vaccination. Mais la couverture vaccinale est encore insuffisante et de petites épidémies surviennent régulièrement.

EN SAVOIR PLUS

L'épidémiologie de la rougeole

La rougeole touche principalement les enfants d'âge scolaire ou préscolaire jusqu'à l'adolescence. Avant 6 mois, les nourrissons sont en général protégés par les anticorps maternels.

En France l'instauration de la politique de vaccination a entraîné une diminution constante du nombre annuel de cas estimé à 400 000 à la fin de années 70, 50 000 en 1995, 10 000 en 2000 et 5200 en 2002. Mais la couverture vaccinale stagne autour de 80 %, taux insuffisant pour éradiquer la maladie.

FAQ 2 : Comment se déroule la rougeole ?

La rougeole se transmet par voie aérienne. La phase d'incubation dure en moyenne 10 jours ; les signes cliniques apparaissent ensuite :

1- Le début :

Marqué par une fièvre élevée accompagné d'un rhume, avec de la toux et de la diarrhée.

EN SAVOIR PLUS**Le début de la rougeole**

Le début de la maladie se caractérise par :

Un syndrome fébrile : la température s'élève rapidement au delà de 38,5°C et s'accompagne souvent de céphalées. L'enfant est grognon.

Un rhume caractéristique qui atteint toute les muqueuses : nasale (rhinorrhée, éternuements), oculaire (conjonctivite, larmoiement), trachéobronchique (toux sèche).

Une atteinte digestive : diarrhée, douleurs abdominales.

2- L'éruption :

Elle apparaît 4 jours après le début de la fièvre. Elle est constituée de macules et de papules rouge vif habituellement non prurigineuses. Elle débute derrière les oreilles et descend vers les pieds en 3 ou 4 jours.

Commentaire : *L'éruption de la rougeole est constituée de macules (lésions planes) et de papules (lésions légèrement en relief) de couleur rouge-vif. Les lésions sont parfois confluentes, mais elles respectent toujours des intervalles de peau saine.*

L'éruption s'efface spontanément en une semaine, en même temps que la fièvre, avec parfois une fine desquamation. Une grande fatigue est présente tout au long de la maladie. L'amaigrissement peut être important du fait de la diarrhée et de l'alimentation gênée par la douleur.

EN SAVOIR PLUS**L'éruption de la rougeole**

L'éruption débute 4 jours après le début de la maladie. Elle est constituée de macules (lésions planes) et de papules (lésions légèrement en relief) de couleur rouge-vif. Les lésions sont parfois confluentes, mais elles respectent toujours des intervalles de peau saine. Habituellement, il n'y a pas de prurit.

L'évolution descendante est caractéristique : l'éruption débute typiquement derrière les oreilles, gagne le visage et s'étend progressivement vers les pieds pour être généralisée le quatrième jour. Les lésions s'effacent spontanément en une semaine, en même temps que la fièvre, avec parfois une fine desquamation cutanée qui dure 4 à 5 jours.

EN SAVOIR PLUS

Le déroulement de la rougeole :



D'après Le Moniteur Des Pharmacies, Cahier II du n°2476 du 8 février 2003

FAQ 3 : Qu'est ce que le signe de Köplick ?

Le signe de köplick est caractéristique de la rougeole. Il apparaît 24 à 48 heures après le début de la maladie. Il s'agit de petites ponctuations blanc-bleuâtre entourées d'un halo érythémateux à la face interne des joues en regard des prémolaires. Il s'accompagne de douleurs qui peuvent gêner l'alimentation. Il persiste 2 à 3 jours.

Commentaire : *Le signe de Köplick est caractéristique de la rougeole. Il s'agit de petites ponctuations blanc-bleuâtre entourées d'un halo érythémateux à la face interne des joues en regard des prémolaires. Il s'accompagne de douleurs qui peuvent gêner l'alimentation. Il persiste 2 à 3 jours.*

FAQ 4 : Quelle est la période contagieuse ?

La contagiosité est maximale dans les 4 jours qui précèdent et les trois jours qui suivent le début de la fièvre. Quand l'éruption débute, l'enfant n'est déjà plus contagieux.

FAQ 5 : Peut-on faire deux fois la rougeole dans sa vie ?

La rougeole est une maladie immunisante. Les anticorps développés contre le virus empêche de contracter une deuxième fois la maladie au cours de la vie.

FAQ 6 : La rougeole, quelles complications ?

Habituellement bénigne, la rougeole peut être une maladie grave s'il survient des complications, notamment neurologiques. Les complications sont essentiellement de trois ordres :

1- Les otites et les conjonctivites

Les otites et les conjonctivites au cours de la rougeole sont fréquentes, notamment chez les petits enfants. Il s'agit d'une surinfection bactérienne favorisée par le manque d'hygiène nasale. Elles nécessitent un traitement antibiotique, par voie orale en cas d'otite, ou sous forme de collyre en cas de conjonctivite.

2- Les atteintes respiratoires

Les atteintes respiratoires peuvent être dues au virus lui-même ou à une surinfection bactérienne. Le plus souvent il s'agit de bronchites (ou de bronchiolite chez le nourrisson) ou de pneumopathies. Elles entraînent une hypoxie. Des laryngites aiguës sont fréquentes au début de la phase éruptive. Les surinfections pulmonaires sont généralement bien traitées grâce aux antibiotiques.

3- Les atteintes neurologiques

Les complications neurologiques sont rares mais elles peuvent s'avérer très graves. Il en existe deux :

- L'encéphalite aiguë

EN SAVOIR PLUS

L'encéphalite aiguë

L'encéphalite aiguë (1 cas sur 1000 rougeoles) survient quelques jours après le début de l'éruption. Elle se traduit par une réascension brutale de la fièvre associée à des troubles de la conscience et à des crises convulsives. Il subsiste des séquelles dans 30 à 40 % des cas. La mortalité peut atteindre 15 à 25 % des cas.

- La panencéphalite sclérosante subaiguë

EN SAVOIR PLUS

La panencéphalite sclérosante subaiguë

La panencéphalite sclérosante subaiguë est une complication retardée survenant 9 mois à 15 ans après une rougeole apparemment banale. Son installation est progressive avec des troubles de l'affectivité et du comportement, suivis d'une dégradation motrice et intellectuelle. L'issue est toujours fatale au bout de 1 à 2 ans. Il n'y a pas de traitement connu. La fréquence de cette complication a considérablement

diminué avec la vaccination. Elle est aujourd'hui tout à fait exceptionnelle (moins d'un cas par an en France).

FAQ 7 : Quel est le traitement de la rougeole ?

Le traitement de la rougeole est symptomatique :

- Antipyrétiques contre la fièvre (paracétamol, aspirine ou ibuprofène).
- Mesures contre la déshydratation : boissons abondantes, pansement intestinal (SMECTA®).
- Soins des yeux et du nez pour éviter la surinfection bactérienne locale : lavage oculaire, lavage nasal, collyres antiseptiques ou antibiotiques.
- En cas de surinfection bactérienne ORL, des antibiotiques per os sont prescrits.
- Repos.
- L'éviction scolaire est de règle jusqu'à guérison. Il faut compter au moins quinze jours d'absence.

FAQ 8 : Quelles sont les modalités de la vaccination contre la rougeole ?

La prévention passe par la vaccination. Elle est effectuée par l'association vaccinale rougeole-oreillon-rubéole (RORvax®, PRIORIX®).

Le schéma vaccinal comporte 2 injections :

- la première injection à 12 mois.

- la deuxième injection entre 3 et 6 ans.
- Un rattrapage vaccinal est proposé entre 11 et 13 ans pour les enfants n'ayant pas été vaccinés.

Le vaccin ROR peut entraîner une réaction fébrile et une éruption cutanée 8 jours après l'injection. Il comporte aussi des précautions d'emploi.

EN SAVOIR PLUS

Précautions d'emploi

La vaccination ROR s'accompagne de quelques précautions d'emploi :

- *La vaccination par le ROR est contre-indiquée :*
 - *Chez la femme enceinte, en raison du risque potentiel de rubéole congénitale post vaccinale ; il est par ailleurs nécessaire d'éviter toute grossesse dans les deux mois qui suivent une vaccination contre la rubéole et donc de s'assurer de la contraception dans ce contexte.*
 - *Chez les enfants immunodéprimés (à l'exception des enfants atteints de sida : la rougeole étant particulièrement plus grave chez ces enfants, la vaccination ROR peut leur être proposée).*
 - *En cas d'allergie à la néomycine ou aux protéines de l'œuf.*

- *En cas de test tuberculinique (MONOTEST ®) :*

La vaccination ROR provoque la négativation du test tuberculinique pendant 4 à 6 semaines. Si un test tuberculinique est nécessaire, il doit être pratiqué soit le même jour que le ROR, soit 6 semaines après.

La vaccination ROR peut être pratiquée le même jour que celle contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche et Haemophilus, mais en des sites d'injection différents.

Le vaccin ROR est remboursé à 100 % par la Sécurité sociale.

EN SAVOIR PLUS

Modalités de remboursements

Depuis septembre 1999, la Sécurité sociale prend en charge à 100 % la vaccination ROR pour les enfants de 11 mois à 13 ans. Cette mesure a pour objectif d'augmenter le taux de couverture vaccinale et de diminuer l'incidence de ces trois maladies.

En pratique, le médecin doit indiquer sur l'ordonnance le nom, le prénom, l'âge de l'enfant et le numéro de Sécurité sociale de l'assuré. Sur présentation de cette ordonnance, le pharmacien délivre gratuitement le vaccin prescrit.

FAQ 9 : Que faire en cas d'épidémie de rougeole pour protéger les enfants pas encore vaccinés ?

En cas de contact avec un sujet contagieux, un vaccin rougeoleux seul (ROUVAX ®), pratiqué dans les 72 heures, permet d'éviter la maladie. Chez l'enfant gardé en crèche, le vaccin peut être pratiqué dès l'âge de 9 mois. Avant cet âge, la vaccination n'est pas nécessaire, en particulier du fait de la présence des anticorps maternels qui protègent les nourrissons de la maladie.

LA RUBEOLE

Introduction

La rubéole est une infection virale éruptive contagieuse. La rubéole acquise, contractée dans l'enfance ou à l'âge adulte, est une maladie bénigne qui passe même inaperçu dans 50 % des cas. En revanche, la rubéole congénitale, consécutive à la transmission du virus au fœtus au cours de la grossesse, peut avoir des conséquences très graves pour l'enfant. La vaccination doit être pratiquée dès l'enfance pour prévenir cette maladie.

FAQ 1 : La rubéole, quelle fréquence ?

FAQ 2 : Comment se passe la rubéole chez l'enfant ?

FAQ 3 : Y a-t-il des complications possibles chez un enfant atteint de rubéole ?

FAQ 4 : Comment traite-t-on la rubéole chez un enfant ?

FAQ 5 : Quels sont les risques de développer la rubéole pendant la grossesse?

FAQ 6 : Que faire en cas de rubéole congénitale ?

FAQ 1 : La rubéole, quelle fréquence ?

Depuis l'instauration du programme de vaccination des nourrissons en 1983, il y a une franche diminution de la rubéole chez l'enfant. Actuellement les cas recensés le sont surtout dans les collectivités d'adolescents et de jeunes adultes, les migrants non vaccinés, et les groupes « religieux » refusant le vaccin.

Grâce aux sérologies de dépistage pratiquées chez la femme avant le mariage et au début de la grossesse, le nombre de rubéoles congénitales a également diminué. Le risque de contracter la rubéole chez une femme enceinte est passé de 42/100 000 naissances en 1984 à 4/100 000 naissances en 1996 ; le taux de rubéoles congénitales malformatives est quant à lui passé de 3/100 000 naissances en 1984 à moins de 1/100 000 naissances en 1996.

FAQ 2 : Comment se passe la rubéole chez l'enfant ?

La rubéole se rencontre surtout chez les enfants âgés de 4 à 10 ans. La transmission du virus se fait par voie respiratoire. L'incubation dure 14 jours. L'éruption débute au visage pour s'étendre rapidement vers le bas, puis disparaître en 3 jours. Elle est constituée de macules et de papules rose-pâle de petites tailles et non prurigineuses. Elle peut être accompagnée de fièvre modérée et de douleurs articulaires.

Commentaire : l'éruption de la rubéole est faite de petites macules et papules rose-pâle qui surviennent sur le visage, progressent rapidement vers le tronc et les membres puis régressent en quelques jours.

EN SAVOIR PLUS

L'éruption de la rubéole

L'éruption cutanée est le premier signe à apparaître. Elle débute au visage, prédominant au niveau des joues et de la région péribuccale. Elle s'étend rapidement au cou, au tronc et aux membres, en respectant les extrémités.

Il s'agit de petites lésions maculopapuleuses rosées, habituellement non prurigineuses. Ces lésions peuvent confluer en grandes taches, mais en laissant toujours des intervalles de peau saine.

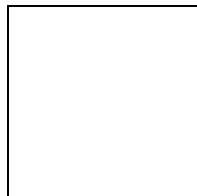
L'éruption évolue en 2 ou 3 jours, sans desquamation.

La fièvre, l'asthénie, les céphalées sont modérées. Il peut y avoir des douleurs articulaires, mais elles sont rares chez l'enfant.

La contagiosité commence 7 jours avant le début de l'éruption, pour s'achever 14 jours après le début de cette éruption.

La rubéole est une maladie immunisante. Les anticorps développés contre le virus empêchent de contracter une deuxième fois la maladie au cours de la vie.

Dans 50 % des cas, la rubéole ne comporte aucun symptôme et passe inaperçu.



D'après Le Moniteur Des Pharmacies, Cahier II du n°2476 du 8 février 2003

FAQ 3 : Y a-t-il des complications possibles chez un enfant atteint de rubéole ?

Les complications sont rares et habituellement de bon pronostic :

- **Les encéphalites :**

On en dénombre une pour 5000 à 6000 cas. Elles guérissent le plus souvent sans séquelle.

- **Le purpura thrombopénique :**

Il se retrouve dans une rubéole sur 3000, avec dans les formes les plus graves des hémorragies cutanéomuqueuses. Le pronostic est habituellement bon.

FAQ 4 : Comment traite-t-on la rubéole chez un enfant ?

Le traitement de la rubéole est symptomatique. Il comporte des antipyrétiques contre la fièvre, s'il y en a.

L'éviction scolaire est de règle pendant une semaine pour éviter une contamination. Il faut également tenir le malade à l'écart des femmes enceintes.

La prévention passe par la vaccination. Elle est effectuée par l'association vaccinale rougeole-oreillon-rubéole (RORvax ®, PRIORIX®)

Le schéma vaccinal comporte 2 injections :

- la première injection à 12 mois ;
- la deuxième injection entre 3 et 6 ans.

Un rattrapage vaccinal est proposé entre 11 et 13 ans pour les enfants n'ayant pas été vaccinés.

Le vaccin ROR peut entraîner une réaction fébrile et une éruption cutanée 8 jours après l'injection. Il comporte aussi des précautions d'emploi.

EN SAVOIR PLUS

Précautions d'emploi

La vaccination ROR s'accompagne de quelques précautions d'emploi :

- *La vaccination par le ROR est contre-indiquée :*
 - *Chez la femme enceinte, en raison du risque potentiel de rubéole congénitale post vaccinale ; il est par ailleurs nécessaire d'éviter toute grossesse dans les deux mois qui suivent une vaccination contre la rubéole et donc de s'assurer de la contraception dans ce contexte.*
 - *Chez les enfants immunodéprimés (à l'exception des enfants atteints de sida : la rougeole étant particulièrement plus grave chez ces enfants, la vaccination ROR peut leur être proposée).*
 - *En cas d'allergie à la néomycine ou aux protéines de l'œuf.*
- *En cas de test tuberculinique (MONOTEST ®) :*

La vaccination ROR provoque la négativation du test tuberculinique pendant 4 à 6 semaines. Si un test tuberculinique est nécessaire, il doit être pratiqué soit le même jour que le ROR, soit 6 semaines après.

La vaccination ROR peut être pratiquée le même jour que celle contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche et Haemophilus, mais en des sites d'injection différents.

Le vaccin ROR est remboursé à 100 % par la Sécurité sociale.

EN SAVOIR PLUS

Modalités de remboursements

Depuis septembre 1999, la Sécurité sociale prend en charge à 100 % la vaccination ROR pour les enfants de 11 mois à 13 ans. Cette mesure a pour objectif d'augmenter le taux de couverture vaccinale et de diminuer l'incidence de ces trois maladies.

En pratique, le médecin doit indiquer sur l'ordonnance le nom, le prénom, l'âge de l'enfant et le numéro de Sécurité sociale de l'assuré. Sur présentation de cette ordonnance, le pharmacien délivre gratuitement le vaccin prescrit.

FAQ 5 : Quels sont les risques de développer la rubéole pendant la grossesse?

La rubéole congénitale atteint le fœtus dont la mère non immunisée contracte une rubéole durant le premier trimestre de la grossesse. Si le bébé survit, les conséquences pour l'enfant sont graves avec des manifestations définitives à la naissance :

- surdité
- malformations cardiaques
- malformations oculaires
- lésions cérébrales

EN SAVOIR PLUS

La rubéole congénitale

Le risque de malformation fœtale est maximal lorsque la rubéole est contractée lors du premier trimestre de la grossesse. Passé 18 semaines, les risques pour l'enfant sont minimes.

En cas de rubéole congénitale, la mort in utero survient dans 20 % des cas. Si l'enfant survit, la maladie se traduit à la naissance par des manifestations définitives et/ou transitoire :

- *Les manifestations transitoires témoignent de l'évolution chronique de l'infection après la naissance. Il peut y avoir :*
 - *un purpura ;*
 - *une hépatomégalie, accompagnée d'un ictère ;*
 - *un retard de croissance.*
 - *Les manifestations définitives sont dues à des perturbations de l'organogénèse, lors du développement de l'embryon. Elles sont malheureusement très fréquentes, avec :*
 - *une surdité (dans 87% des cas de rubéole congénitale) : modérée ou profonde uni ou bilatérale ;*
 - *des malformations cardiaques (46 % des cas) : persistance du canal artériel ;*
 - *des malformations oculaires (34 % des cas) : le plus souvent une cataracte, parfois un glaucome ;*
 - *des lésions cérébrales (39 % des cas) : elles conduisent au décès de l'enfant peu après sa naissance ou à un retard psychomoteur ;*
 - *un diabète insulino-dépendant (20 % des cas) : il apparaît au moment de l'adolescence.*
-

FAQ 6 : Que faire en cas de rubéole congénitale ?

Il n'existe pas de traitement pour la rubéole congénitale. Si l'infection survient au cours du premier trimestre de la grossesse, une interruption de grossesse peut être envisagée au regard de la gravité potentielle de l'atteinte de l'enfant.

La prévention repose sur la vaccination systématique dans l'enfance et sur le dépistage obligatoire des femmes lors de l'examen prénuptial et lors de l'examen de déclaration de grossesse.

EN SAVOIR PLUS

La vaccination contre la rubéole

La vaccination contre la rubéole (Rudivax ®) est fortement recommandée chez toutes les femmes non immunisées en âge d'avoir des enfants. Ce vaccin est contre-indiqué pendant la grossesse. Il s'agit d'un vaccin à virus vivant atténué qui pourrait déclencher une rubéole congénitale post vaccinale, bien qu'aucun cas d'anomalie fœtale n'ait été décrit à ce jour après une vaccination juste avant ou après le début d'une grossesse. Lorsque la vaccination est réalisée chez la femme, une contraception orale est alors recommandée pendant les 2 mois qui suivent la vaccination, cette contraception devant être débutée au moins un mois avant la vaccination.

LA SCARLATINE

Introduction

La scarlatine est une éruption cutanée d'origine bactérienne qui touche principalement les enfants. La maladie débute par une angine avec une forte fièvre. L'éruption est constituée de grands placards rouges qui disparaissent en une semaine avec une desquamation de la peau en lambeaux. Un traitement antibiotique est indispensable pour guérir la maladie et prévenir les complications rénales ou cardiaques.

FAQ 1 : La scarlatine, une maladie fréquente ?

FAQ 2 : A quoi est due la scarlatine ?

FAQ 3 : Comment se déroule la scarlatine ?

FAQ 4 : Peut-on faire des récurrences de scarlatine ?

FAQ 5 : Quelles sont les complications possibles de la scarlatine ?

FAQ 6 : En quoi consiste le traitement de la scarlatine ?

FAQ 1 : La scarlatine, une maladie fréquente ?

Au XIXème siècle, de grandes épidémies de scarlatine ont décimé des familles entières en Europe. A partir des années 1950, l'utilisation des antibiotiques a fait de la scarlatine une maladie presque banale. Sa fréquence a très nettement diminué du fait du traitement antibiotique très large des angines. C'est aujourd'hui une maladie rare dont il est toutefois difficile d'évaluer la prévalence exacte en raison des formes souvent peu symptomatiques de la maladie. La scarlatine s'observe chez les enfants âgés de 1 à 10 ans et plus particulièrement entre 4 et 8 ans.

FAQ 2 : A quoi est due la scarlatine ?

La scarlatine est une infection bactérienne contagieuse due à un streptocoque bêta hémolytique du groupe A. Elle se transmet par voie aérienne dans les gouttelettes de salive de sujets atteints ou porteurs asymptomatiques de la maladie. Le streptocoque se développe au niveau pharyngé, provoquant initialement une angine. Par la suite, des toxines érythrogènes sécrétées par la bactérie sont responsables des manifestations cutanées et des complications de la maladie. Ces toxines entraînent une vasodilatation, associée à un œdème dermique et à un infiltrat lymphocytaire, le tout expliquant l'érythème cutané. Elles ont également des actions délétères au niveau cardiaque, rénal et articulaire.

FAQ 3 : Comment se déroule la scarlatine ?

L'incubation de la scarlatine dure 2 à 5 jours. Classiquement, la maladie se déroule de la manière suivante :

- **Le début :**

Il est marqué par une angine douloureuse, une forte fièvre à 39-40°C, des douleurs abdominales et des vomissements.

- **L'éruption :**

Elle apparaît 1 à 2 jours plus tard sous la forme de grands placards rouge intense. Elle se termine en 7 jours par une desquamation en larges lambeaux prédominant aux extrémités (mains et pieds).

Commentaire : L'éruption de la scarlatine est constituée de grands placards d'un rouge soutenu ne laissant aucun intervalle de peau saine. L'érythème est encore davantage marqué au niveau des plis.

Commentaire : Une semaine après le début de l'éruption, la peau desquame en larges lambeaux au niveau des mains et des pieds. Sur le reste du corps, on n'observe qu'une fine desquamation.

EN SAVOIR PLUS

L'éruption de la scarlatine

L'éruption de la scarlatine commence en haut du tronc puis se généralise en quelques jours en épargnant les paumes, les plantes et le pourtour de la bouche.

Il s'agit d'une éruption de couleur rouge très soutenue sans intervalle de peau saine, avec présence de minuscules papules à la surface. L'érythème est fortement marqué au niveau des plis de flexion. L'éruption atteint son intensité maximale vers le 2ème-3ème jour, puis décroît rapidement vers le 6ème jour.

La desquamation survient vers le 7ème jour. Elle est fine sur le visage et sur le tronc, et constituée de grands lambeaux sur les mains et les pieds. Elle se prolonge habituellement pendant 1 à 2 semaines.

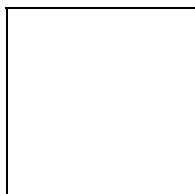
- **L'aspect de la langue :**

Il est très caractéristique. Au début de la maladie, la langue est recouverte d'un enduit blanchâtre. Au 4ème jour, la langue desquame laissant les papilles à nu. La langue est alors rouge écarlate ; on parle de « langue framboisée ».

Commentaire : *Au début de la maladie, la langue est recouverte d'un enduit blanchâtre. Au 4ème jour, la langue desquame laissant les papilles à nu. La langue est alors rouge écarlate ; on parle de « langue framboisée ».*

La scarlatine n'est pas toujours aussi typique. La maladie prend souvent des formes atténuées au cours desquelles l'éruption est discrète et peu fébrile. L'aspect de « langue framboisée » est en revanche un symptôme quasi constant.

La phase contagieuse commence avec les premiers symptômes et se prolonge jusqu'à disparition des squames (10 jours à 3 semaines). En cas de traitement antibiotique, l'enfant n'est plus contagieux dès le lendemain du début du traitement.



D'après Le Moniteur Des Pharmacies, Cahier II du n°2476 du 8 février 2003

FAQ 4 : Peut-on faire des récurrences de scarlatine ?

La scarlatine est une maladie immunisante. Elle ne survient donc qu'une fois dans la vie. Mais l'existence de plusieurs souches antigéniques de streptocoque n'exclut pas totalement le risque de récurrence. Cette éventualité est toutefois exceptionnelle au vu de la faible prévalence de la maladie.

FAQ 5 : Quelles sont les complications possibles de la scarlatine ?

Les complications rénales et cardiaques de la scarlatine sont devenues rares grâce aux antibiotiques largement prescrits. Mais quand elles surviennent, les séquelles sont importantes et parfois définitives.

- **La glomérulonéphrite aiguë :**

Il s'agit d'une atteinte rénale, le plus souvent transitoire, parfois définitive. Elle se manifeste 7 à 12 jours après le début de la maladie par la présence de protéine et de sang dans les urines, un œdème au visage et une hypertension artérielle. Tous ces symptômes sont consécutifs de l'atteinte rénale.

L'évolution spontanée est favorable dans la majorité des cas. Une insuffisance rénale chronique peut cependant s'installer plusieurs années après la maladie.

Traitement :

- Diurétique de l'anse
- Dialyse
- Surveillance biologique de l'équilibre hydroélectrolytique

- **Le rhumatisme articulaire aigu :**

Il s'agit d'une atteinte des articulations mais aussi des valves cardiaques. Le rhumatisme articulaire aigu survient 1 à 4 semaines après le début de la maladie et se manifeste par de la fièvre, des douleurs articulaires avec des articulations enflées et chaudes, et surtout une atteinte des valves cardiaques. Le pronostic est généralement favorable, mais les séquelles cardiaques sont fréquentes.

Traitement :

- Repos au lit indispensable
- Corticothérapie

FAQ 6 : En quoi consiste le traitement de la scarlatine ?

Le traitement de la scarlatine est indispensable pour éviter les complications. Il consiste en une antibiothérapie efficace sur le streptocoque bêta hémolytique du groupe A.

En première intention : il est prescrit un antibiotique de la famille des bêta lactamines :

- pénicilline V (ORACILLINE®) : 50 000 à 100 000 UI/kg/jour en 3 prises, pendant 10 jours
- ou pénicilline A (amoxicilline) : 50 mg/kg/jour en 2 prises, pendant 6 jours
- ou céphalosporine de 1ère génération (ORACEFAL®, ALFATIL®)

En cas d'allergie aux bêta-lactamines, le médecin prescrira un antibiotique de la famille des macrolides.

Conseils :

- Il est important de respecter la durée du traitement antibiotique afin d'éviter les complications rénales et cardiaques.
- Les sujets contacts doivent également suivre un traitement antibiotique pendant 5 à 7 jours.
- Eviter les antiseptiques locaux (gargarismes, collutoires) : ils favorisent la diffusion de l'infection vers l'oreille moyenne (apparition d'une otite).
- Une surveillance médicale des fonctions rénale (hématurie, protéinurie) et cardiaque est nécessaire pendant un mois.

LE SYNDROME MAIN-PIED-BOUCHE

Introduction

Le syndrome main-pied-bouche est une infection virale sans gravité. Il est caractérisé par une éruption de vésicules touchant la cavité buccale, les pieds et les mains. Le traitement se limite à l'application d'un antiseptique.

FAQ 1 : Qu'est-ce que le syndrome main-pied-bouche ?

FAQ 2 : Comment se manifeste le syndrome main-pied-bouche ?

FAQ 3 : Quel traitement utiliser dans le syndrome main-pied-bouche ?

FAQ 1 : Qu'est-ce que le syndrome main-pied-bouche ?

Le syndrome main-pied-bouche survient dans le cadre de petites épidémies à caractère saisonnier, d'août à octobre. Il atteint principalement l'enfant de moins de 10 ans.

L'agent infectieux est un virus coxackie de la famille des entérovirus. Il peut se transmettre par voie aérienne ou par l'intermédiaire des patageoires de piscine.

FAQ 2 : Comment se manifeste le syndrome main-pied-bouche ?

Après une incubation de 3 à 6 jours, l'enfant présente une petite fièvre, un manque d'appétit, des douleurs abdominales et parfois des arthralgies.

L'éruption apparaît 2 jours plus tard. D'abord au niveau de la bouche : lésions aphtoïdes sur l'intérieur des joues, les gencives et la langue. Puis sur les mains et les pieds : vésicules oblongues touchant principalement la face latérale des doigts et des orteils.

Commentaire : *Le syndrome main-pied-bouche se manifeste de manière classique par des vésicules de formes allongées siégeant sur la face latérale des doigts et des orteils.*

Les lésions sont douloureuses. On n'en compte en générale qu'une dizaine. Mais il existe parfois des formes profuses avec de nombreuses vésicules que l'on trouve aussi sur les bras, les jambes et les fesses.

FAQ 3 : Quel traitement utiliser dans le syndrome main-pied-bouche ?

Il consiste à appliquer un antiseptique (chlorhexidine) pour désinfecter les lésions.

Les produits contre les aphtes peuvent être utilisés pour les lésions de la bouche. Ils désinfectent et soulagent la douleur.

LE SOLEIL ET LA PEAU DE L'ENFANT

Introduction

On le sait, le soleil est dangereux pour la peau. Mais il est également agréable et utile. En fait, c'est son abus et l'absence du respect de règles simples qui sont mauvais. On peut ainsi éviter bien des cancers en protégeant efficacement la peau des enfants des effets néfastes du soleil.

FAQ 1 : Le soleil est-il vraiment mauvais ?

FAQ 2 : De quoi est fait le rayonnement solaire qui atteint notre peau ?

FAQ 3 : Qu'est-ce que les ultraviolets ?

FAQ 4 : Quels sont les effets des ultraviolets sur la peau ?

FAQ 5 : Quelles sont les conséquences d'expositions solaires prolongées ?

FAQ 6 : Pourquoi est-il si important de protéger son enfant du soleil ?

FAQ 7 : Pourquoi la peau de l'enfant est-elle vulnérable au soleil ?

FAQ 8 : Les enfants sont-ils tous égaux devant le soleil ?

FAQ 9 : Qu'est ce que le mélanome malin ?

FAQ 10 : Quels sont les facteurs qui augmentent le risque de développer un mélanome ?

FAQ 11 : Comment repérer un grain de beauté suspect ?

FAQ 12 : Peut-on exposer des enfants en bas âge au soleil ?

FAQ 13 : Comment protéger les enfants du soleil ?

FAQ 14 : Comment choisir le bon produit solaire pour un enfant ?

FAQ 15 : Faut-il continuer à se protéger quand la peau est bien bronzée ?

FAQ 16 : 12 conseils pour protéger efficacement vos enfants du soleil.

FAQ 1 : Le soleil est-il vraiment mauvais ?

Le soleil est indispensable à la vie, c'est certain. Sans soleil, il n'y aurait pas de vie sur terre. Chez l'enfant, le soleil est indispensable à la croissance car il aide à la synthèse de la vitamine D, nécessaire à la calcification des os. Le soleil est très bon pour le moral : dans les pays peu ensoleillés, les dépressions sont plus nombreuses. Il améliore même certaines maladies de peau comme l'eczéma ou le psoriasis.

Le problème c'est l'excès de soleil. La mode du bronzage et des loisirs de plein air nous entraîne à nous exposer plus que notre peau ne peut le supporter. Avec pour conséquences : coups de soleil, allergies, vieillissement prématuré de la peau, et surtout augmentation sensible du nombre de cancers de la peau.

FAQ 2 : De quoi est fait le rayonnement solaire qui atteint notre peau ?

Le soleil émet un rayonnement lumineux composé d'ultraviolets, de lumière visible et d'infrarouges. Les ultraviolets ont de nombreux effets biologiques sur la peau : coups de soleil, induction de cancers cutanés et vieillissement de la peau. Les infrarouges sont quant à eux responsables de la sensation de chaleur.

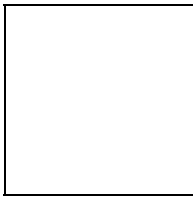
FAQ 3 : Qu'est-ce que les ultraviolets ?

Les ultraviolets représentent une partie du rayonnement solaire qui nous est totalement invisible. On les classe en trois catégories selon leurs longueurs d'onde : les UVA (320 à 400 nm), les UVB (280 à 320 nm) et les UVC (190 à 280 nm).

Plus la longueur d'onde est faible, plus les ultraviolets sont énergétiques, mais moins ils pénètrent dans les milieux qu'ils traversent. Les UVC possèdent donc une grande énergie, et ils n'ont qu'un faible pouvoir de pénétration. Les UVA, en revanche, sont peu énergétiques, mais ils pénètrent profondément, notamment dans la peau. Les UVA, UVB et UVC n'engendrent donc pas les mêmes effets sur la peau.

FAQ 4 : Quels sont les effets des ultraviolets sur la peau ?

Selon leur énergie et leur pouvoir de pénétration, les ultraviolets n'engendrent pas les mêmes effets sur la peau.



1- Les UVC : des rayons très énergétiques, arrêtés par la couche d'ozone.

Les UVC étant extrêmement énergétiques, ils possèdent un fort pouvoir d'altération sur les cellules de la peau. Heureusement, la couche d'ozone qui entoure notre atmosphère terrestre en arrête une grande partie.

2- Les UVB : Coups de soleils et cancers.

Les UVB sont très énergétiques. Ils traversent l'épiderme mais ils n'atteignent presque pas le derme sous-jacent.

Leur grande énergie leur confère un pouvoir d'altération directe sur la peau en détruisant les cellules et leur patrimoine génétique, provoquant au moment de l'exposition des coups de soleils et plus tard des cancers cutanés.

3- Les UVA : vieillissement cutané et cancers

Les UVA sont moins énergétiques mais ils pénètrent davantage dans la peau, jusqu'au derme.

Leur action est plus insidieuse que celle des UVB : ils n'ont pas d'effets immédiats visibles (pas de coups de soleil), mais ils déclenchent la formation de radicaux libres, qui sont des molécules très réactives à l'origine à long terme du vieillissement cutané et de cancers de la peau.

FAQ 5 : Quelles sont les conséquences d'expositions solaires prolongées ?

1- A court terme

S'exposer en plein soleil sans prendre de précaution peut avoir des conséquences immédiates :

- **Le coup de soleil :**

C'est une réaction inflammatoire des couches superficielles de la peau, consécutive à l'action destructrice des UVB sur les cellules cutanées.

Commentaire : Les coups de soleil sont la conséquence la plus rapide et la plus visible des effets néfastes du soleil. Ils sont dus à l'action destructrice des UVB sur les cellules de l'épiderme, déclenchant une réaction inflammatoire à l'origine de l'érythème.

- Le coup de chaleur :

Il s'agit d'une faillite des mécanismes de thermorégulation, saturés par un excès de rayons infrarouges. C'est la conséquence d'une élévation de la température corporelle associée à une déshydratation importante de l'organisme.

2- A long terme

Des expositions au soleil intenses et répétées peuvent avoir des conséquences des années plus tard :

- **Le vieillissement cutané :**

Il est lié à la détérioration des fibres élastiques du derme par les UVA. La peau perd ainsi de sa souplesse, s'épaissit, devient ridée et parsemée de taches pigmentées plus ou moins foncées.

- **Les cancers cutanés :**

Les UVA et les UVB en sont responsables. Il existe deux types de cancers de la peau :

- **Les carcinomes :**

Ils sont la conséquence d'une exposition solaire chronique cumulée pendant des années. Ils touchent les personnes vivants beaucoup à

l'extérieur (agriculteurs, marins, etc.), surtout à partir de 50 ans. Ils sont souvent bénins.

- Les mélanomes :

Ils sont dus à des expositions solaires courtes et intenses associées à des coups de soleil sévères pendant l'enfance. Ils sont malheureusement souvent de mauvais pronostic.

FAQ 6 : Pourquoi est-il si important de protéger son enfant du soleil ?

Du fait des vacances nombreuses et des loisirs de plein air, l'enfance constitue une période de grande exposition solaire. On estime qu'à 18 ans, notre peau a déjà reçu 50 % du soleil de toute une vie. En outre, les enfants ont une peau plus fragile que celle de leurs parents. Du coup, la plus grande partie des dommages liés à l'exposition solaire est acquise pendant l'enfance et l'adolescence. Il ne faut pas oublier non plus que, chez un enfant, un coup de soleil sévère peut donner un mélanome des années plus tard.

FAQ 7 : Pourquoi la peau de l'enfant est-elle vulnérable au soleil ?

La peau d'un enfant est bien plus fragile que celle de l'adulte et elle garde longtemps en mémoire la trace des coups de soleil. Cela est dû à son immaturité, surtout avant 3 ans, jusqu'à la puberté :

- **Une extrême finesse cutanée :**

La peau est plus fine, laissant de plus grandes quantités d'ultraviolets agresser les couches profondes de l'épiderme.

- **Un système immunitaire pas encore efficace :**

Le système immunitaire de la peau d'un enfant ne joue pas encore pleinement son rôle d'élimination des cellules endommagées par le soleil.

- **Une peau qui se dessèche facilement :**

Le film hydrolipidique est mince et déficient en raison de la faible production de sueur et de sébum. D'où un risque de dessèchement important suite à l'exposition solaire.

- **Des capacités de bronzage réduites :**

Chez le nourrisson, la mélanogénèse est peu importante. La mélanine n'exerce donc pas son rôle photoprotecteur.

FAQ 8 : Les enfants sont-ils tous égaux devant le soleil ?

Toutes les peaux ne sont pas égales devant le soleil. Certaines bronzent quand d'autres rougissent. Cela est dû en grande partie au teint de la peau. Les enfants à peau foncée sont à priori mieux protégés des coups de soleil et des effets à long terme que les enfants à peau claire.

La couleur de la peau est liée à son contenu en mélanine, pigment fabriqué par les mélanocytes. Il existe deux types de pigments mélaniques. Les pigments noirs, présents chez les sujets à peau mate, peuvent absorber une grande partie des UVB, protégeant ainsi la peau. Les pigments rouges sont observés chez les sujets roux à peau claire. Ils absorbent peu les UVB et leur stimulation génère même des radicaux libres nocifs.

Entre les peaux noires et les carnations laiteuses, il existe toute une série d'épidermes intermédiaires selon le type et la quantité de mélanine produite. On distingue ainsi schématiquement six phototypes, classés par ordre de sensibilité décroissante au soleil. Plus un enfant a un phototype clair, plus il faut être vigilant quand il s'expose au soleil, car les dommages cutanés surviennent rapidement. Cette classification est importante pour choisir l'indice de protection des produits solaires.

EN SAVOIR PLUS

Les phototypes

<i>Phototype</i>	<i>Cheveux</i>	<i>Peau</i>	<i>Description</i>
<i>I</i>	<i>Roux</i>	<i>Laiteuse</i>	<i>Brûle toujours facilement, ne bronze jamais</i>
<i>II</i>	<i>Blonds</i>	<i>Claire</i>	<i>Brûle toujours facilement, bronze légèrement</i>
<i>III</i>	<i>Châtains</i>	<i>Claire à mate</i>	<i>Brûle modérément, bronze progressivement</i>
<i>IV</i>	<i>Bruns</i>	<i>Mate</i>	<i>Brûle faiblement, bronze toujours facilement</i>
<i>V</i>	<i>Bruns</i>	<i>Métisse</i>	<i>Brûle rarement, bronze intensément</i>
<i>VI</i>	<i>Noirs</i>	<i>Noire</i>	<i>Ne brûle jamais, fortement pigmentée</i>

FAQ 9 : Qu'est ce que le mélanome malin ?

Le mélanome malin est le plus redoutable des cancers de la peau. C'est aujourd'hui la première cause de mortalité chez les adultes jeunes. Chaque année, 6000 personnes en sont atteintes en France et on dénombre 15000 décès. Il touche tous les âges, à partir de 20 ans, l'âge moyen de diagnostic se situant autour de 30 ans.

Un mélanome correspond à la prolifération anarchique de mélanocytes, cellules de la peau qui produisent habituellement la mélanine et qui se rassemblent parfois en formant ces petites taches colorées que l'on appelle « grains de beauté ». Un mélanome peut apparaître tel quel sur la peau, mais il arrive souvent qu'il se développe à partir d'un grain de beauté préexistant. Il est donc important de faire vérifier régulièrement ses grains de beauté par un dermatologue quand on en a beaucoup.

FAQ 10 : Quels sont les facteurs qui augmentent le risque de développer un mélanome ?

Il existe plusieurs facteurs de risques clairement établis :

- L'exposition solaire dans l'enfance : des coups de soleil intenses et répétés sont en grande partie responsables du développement de mélanomes à l'âge adulte.
- Les peaux claires qui brûlent facilement au soleil (phototypes 1 et 2).
- Les sujets dont le nombre de grains de beauté est supérieur à 50.
- Les antécédents familiaux : 8 à 10 % des mélanomes sont attribués à une prédisposition génétique.

Commentaire : *Un enfant présentant un nombre important de grains de beauté a un risque élevé de développer plus tard un mélanome. Une surveillance annuelle chez le dermatologue est indispensable.*

FAQ 11 : Comment repérer un grain de beauté suspect ?

Si l'on a beaucoup de grains de beauté, il faut consulter un dermatologue au moins une fois par an. Entre les rendez-vous annuels, s'autosurveiller est également important afin de dépister au plus vite un mélanome, car un diagnostic tardif est une cause essentielle de mauvais pronostic.

Quelques notions simples permettent de repérer les grains de beauté suspects. C'est la fameuse règle de l'ABCDE :

- A** comme **A**symétrique. Un mélanome n'est ni rond, ni ovale.
- B** comme **B**ords irréguliers. Les contours ont un aspect déchiqueté.
- C** comme **C**ouleur non homogène. Un mélanome affiche au moins 2 couleurs différentes.
- D** comme **D**iamètre de plus de 5 mm.
- E** comme **E**volutif. Un grain de beauté d'apparition récente ou qui change d'aspect subitement est suspect.

Commentaire : *Un mélanome est souvent facilement identifiable à l'aide de critères simples. Ce mélanome est de forme asymétrique et ses contours sont irréguliers. Un diamètre supérieur à 5 mm, une couleur non homogène ainsi qu'un caractère évolutif sont également caractéristiques d'un mélanome.*

FAQ 12 : Peut-on exposer des enfants en bas âge au soleil ?

Avant 1 an, l'exposition directe à la lumière du soleil doit être évitée. La principale protection est assurée par les vêtements. Mais il est possible d'utiliser de la crème solaire, en petites quantités, sur les parties découvertes.

A partir de 1 an et jusqu'à l'âge de 3 ans, l'attention peut se relâcher en début et en fin de journée, quand le soleil est plus bas dans le ciel, à condition toutefois d'appliquer de la crème solaire.

Attention aussi à la déshydratation ! Chez les jeunes enfants, un coup de chaleur est vite arrivé. Il faut penser à leur donner à boire régulièrement.

FAQ 13 : Comment protéger les enfants du soleil ?

Il est avant tout impératif de faire comprendre aux parents que l'emploi d'une crème solaire ne dispense pas des autres mesures de photoprotection qui sont aux moins aussi importantes, surtout chez l'enfant :

1- Eviter les expositions aux périodes de fort rayonnement solaire.

L'intensité des UV est maximale entre 12 heures et 16 heures. Il convient alors de laisser les enfants à l'ombre.

2- Porter une tenue vestimentaire.

C'est la mesure de photoprotection la plus efficace.

- Les vêtements doivent protéger la plus grande surface possible.
- Les chapeaux et casquettes sont vivement recommandés.
- Le port de lunettes de soleil doit être systématique pour protéger les yeux.

3- Appliquer une crème solaire

Les crèmes solaires viennent en complément de la protection vestimentaire. On en met sur les zones découvertes du corps et, en cas de baignades, sur

l'ensemble de la peau. Elles vont empêcher la survenue des coups de soleil à condition que l'exposition soit raisonnable. Mais en aucun cas elles ne doivent être employées afin de laisser un enfant plus longtemps exposé au soleil. Une crème solaire doit être appliquée toutes les 2 heures et après chaque bain.

FAQ 14 : Comment choisir le bon produit solaire pour un enfant?

Devant la multitude de produits solaires existants, il n'est pas facile de s'y retrouver.

EN SAVOIR PLUS

Produits solaires spécifiques bébés et enfants

<i>Gamme</i>	<i>Produit</i>	<i>Filtre chimique</i>	<i>Ecran minéral</i>	<i>Particularité</i>
---------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

A-Derma (Ducray)	Lait écran total opaque SPF 25 bébé-enfant	Non	Oxyde de zinc + dioxyde de titane	Particulièrement adapté aux peaux réactives (extraits de lait d'avoine)
ADN Protect (Addax)	Fluide SPF 60-UVA 20 Spécial enfant	Parsol MCX, Escasol 567 et Parsol 1789	Dioxyde de titane micronisé	Contient un peptide activateur de la mélanine
Anthélios (La Roche-Posay)	Crème Anthélios-S SPF 40 Protection spéciale enfant	Octocrylène, Mexoryl-SX, Mexoryl-XL, Parsol 1789	Dioxyde de titane	Eau thermale La Roche-Posay apaisante et antiradicalaire
Australian Cancer Society	- Lait écran hydratant IP 30+ nourrissons et peaux sensibles - Lait écran hydratant IP 30+ Enfants	- Non - Octocrylène, camphre, méthylbenzylidène...	- Dioxyde de titane - Oxyde de zinc	- Aspect blanc renforcé pour contrôler l'application uniforme - Conseils pratiques sur la quantité à appliquer (dosé en cuillerée à café)
Avène	Lait écran très haute protection 25B-9A bébés et enfants	Non	Oxyde de zinc + dioxyde de titane micronisé	Eau thermale d'Avène apaisante et anti-inflammatoire
Klorane	- Crème solaire haute protection SPF 30 bébé - Lait après-soleil apaisant-hydratant bébé	Non	- Dioxyde de titane + oxyde de zinc micronisé - Extrait huileux de calendula, glycérine, allantoin	- Crème nutritive (beurre de karité) et apaisante (extrait de calendula) - Insister sur les zones les plus exposées
Lutsine	- Lait haute protection indice 12 bébé-enfant - Crème haute protection indice 12 bébé-enfant	- Non - Non	Oxyde de titane micronisé	Convient aux peaux mates ou déjà bronzées Agiter avant emploi
Minesol (RoC)	Crème très haute protection SPF 40 bébé	Non	Dioxyde de titane + oxyde de zinc	Laisse un film blanc sur la peau pour visualiser la bonne répartition de la crème
Mustela (Pharmascience)	- Lait solaire très haute protection SPF 50 bébé-enfant - Lait solaire haute protection SPF 25 bébé – enfant - Stick SPF 20 bébé – enfant	- Non - Non - Non	Oxyde de titane-fer + oxyde de zinc	Le stick est pratique pour les retouches sur le nez ou les pommettes
Photoderm (Bioderma)	Spray SPE SPF 40 Spécial enfant	UV-Pearls encapsulés dans des microbilles	Tinosorb M (écran organique)	Flacon-pompe. L'encapsulation du filtre chimique évite son contact direct avec la peau de l'enfant
Uriage	Crème teintée SPF 60 enfants, peaux allergiques	Non	Dioxyde de titane, oxyde de zinc	Légèrement teintée pour masquer l'effet blanchissant
Vichy Capital Soleil	- Lait écran extrême IP 60-UVA 16 Spécial enfants - Lait écran IP 35-UVA 16 Spécial enfants - Spray apaisant nutritif Spécial enfants	Octocrylène, Mexoryl-XL ...	- Dioxyde de titane - Vitamine E, arginine ...	- Résiste au sable. Testés sous contrôle pédiatrique - Apaise les rougeurs dues aux coups de soleil, réhydrate la peau en profondeur

Le Moniteur des Pharmacies – cahier II du n°2443 du 4 mai 2002

Pour choisir le produit le mieux adapté à la peau de son enfant, il faut faire intervenir plusieurs critères :

1- Une protection large et équilibrée contre les UVA et les UVB.

Un produit solaire doit protéger vis-à-vis des UVA et des UVB avec un niveau de protection équilibré. Une crème très efficace contre les UVB et donc contre les coups de soleil, mais qui n'arrête pas les UVA inducteurs du vieillissement

cutané et des cancers, offrirait une fausse sécurité. On trouve malheureusement souvent de tels produits sur le marché.

Les indices de protection contre les UVA et les UVB mentionnés sur les emballages sont là pour nous aider, à condition de bien savoir les déchiffrer.

EN SAVOIR PLUS

Comprendre les indices de protections solaires

1- L'indice de protection UVB

La force de protection contre les UVB est mesurée par le facteur de protection solaire (FPS), encore appelé indice de protection (IP). Le FPS est calculé en laboratoire selon une méthode de mesure standardisée. Cela permet de pouvoir comparer entre eux les FPS de produits différents.

En pratique, l'indice UVB correspond au coefficient multiplicateur de la durée d'exposition nécessaire pour avoir un coup de soleil. Par exemple, avec une crème d'indice FPS 20, il faut 20 fois plus de temps pour attraper un coup de soleil.

Mais attention ! Les FPS sont calculés avec un étalement correspondant exactement à 2 mg de crème par cm² de peau, soit 4 à 10 fois plus que la quantité appliquée réellement par les consommateurs. Du coup, la durée d'exposition avant d'avoir un coup de soleil est notablement réduite.

2- L'indice de protection UVA

Il n'existe pas à l'heure actuelle de méthode standardisée pour les indices de protection UVA. Chaque laboratoire applique sa propre méthodologie et il est par conséquent difficile de comparer les indices UVA de produits différents.

Deux méthodes de mesures sont cependant couramment utilisées :

- La mesure de la dose pigmentogène immédiate (immediate pigmented darkening ou IPD).*
- La mesure de la dose pigmentogène retardée (persistant pigmented darkening ou PPD).*

On ne peut comparer leurs résultats. Les indices obtenus par la méthode IPD sont en général plus élevés qu'avec la méthode PPD.

Dans tous les cas, choisir un indice UVA élevé offre la meilleure sécurité.

2- Un indice adapté à sa peau et à l'ensoleillement.

Le choix de l'indice de protection est important. Les indices des produits solaires s'échelonnent généralement entre 10 et 60.

Attention ! Choisir systématiquement l'indice le plus élevé pour son enfant serait une erreur : l'indice de protection doit être suffisamment élevé pour permettre une bonne protection, mais pas trop pour ne pas favoriser un temps d'exposition trop long. Les indices 20 à 40 conviennent le plus souvent. Réservez les protections plus élevées (40 à 60) aux peaux intolérantes au soleil, aux atopiques, aux peaux très claires et aux conditions d'ensoleillement extrême.

Pour bien cibler l'indice qui convient, on se base sur le phototype et l'ensoleillement :

- **En fonction du phototype de la peau de l'enfant :**

- S'il bronze d'habitude facilement (phototypes supérieurs à III), un indice 20 suffit.
- S'il prend toujours des coups de soleil et qu'il bronze peu (phototypes I et II), choisissez un indice 40 à 60.

- **En fonction des conditions d'ensoleillement :**

Dans les pays tropicaux, aux heures de forte exposition solaire, en altitude : utilisez un indice de protection élevé (40 à 60).

3- Une composition et une formulation adaptées pour une tolérance maximale.

Un produit solaire spécifique pour enfant doit réunir plusieurs caractéristiques :

- **Les actifs photoprotecteurs :**

On trouve dans les produits solaires deux catégories d'actifs photoprotecteurs :

- Les écrans minéraux : tel un miroir, ils réfléchissent tous les rayons du soleil.
- Les filtres chimiques : ils absorbent chacun une partie des UV selon leurs longueurs d'onde.

Chez des enfants de moins de 3 ans ou en cas de peau sensible, préférez les produits constitués exclusivement d'écrans minéraux qui ont l'avantage de présenter une innocuité parfaite.

EN SAVOIR PLUS

Les différents actifs photoprotecteurs

<i>Photo-protecteurs</i>	<i>Actifs</i>	<i>Spectre d'action</i>	<i>Mode d'action</i>	<i>Avantages</i>	<i>Inconvénients</i>

Filtres chimiques	<i>Cinnamates, octocrylène, dérivés du dibenzoylméthane, dérivés du benzylidène camphre, Meroxyl</i>	<i>Variable en fonction des actifs Spectre étroit en général</i>	<i>Absorption de la radiation</i>	<i>Excellentes qualités cosmétiques</i>	<i>- Nécessité d'associer plusieurs actifs pour une bonne protection - Pénétration au niveau du derme (risque de toxicité) - Photostabilité non optimale</i>
Ecrans minéraux	<i>Dioxyde de titane, oxyde de zinc, oxyde de fer</i>	<i>UVA + UVB</i>	<i>Réflexion de la radiation</i>	<i>- Protection renforcée - Restent en surface : parfaite innocuité - Tolérance maximale : photostabilité</i>	<i>- S'étalent difficilement (sauf si micronisation) - S'agglomèrent : bronzage en passoire - Effet blanchissant de la peau</i>
Ecrans organiques	<i>Benzotriazoles (Tinosorb)</i>	<i>UVA + UVB</i>	<i>Absorption et réflexion de la radiation</i>	<i>- Bonne qualité cosmétique - Pas d'absorption percutanée</i>	<i>- Nouvelle génération d'écrans : absence de sensibilisation à confirmer à long terme - Photostabilité non optimale</i>

Le Moniteur des Pharmacies – cahier II du n° 2443 du 4 mai 2002

- **La texture :**

Pour lutter contre le dessèchement cutané fréquent chez les jeunes enfants, préférer des formulations de texture grasse de type « eau dans huile » comme les crèmes.

Les laits et les sprays, de formulation « huile dans eau », ont des textures moins grasses, moins hydratantes.

- **La rémanence :**

La rémanence à l'eau, à la chaleur et à la sueur est utile pour assurer une bonne photoprotection lors des jeux de plage ou dans l'eau. Elle est évaluée par des tests de résistance à l'eau et à la transpiration effectués en laboratoire et en plein air, permettant à un produit solaire d'obtenir la mention « water resistant », ou mieux encore le label « water proof ».

FAQ 15 : Faut-il continuer à se protéger quand la peau est bien bronzée ?

Conséquence agréable de l'action du soleil sur notre peau : le bronzage. Le soleil donne un teint hâlé fort plaisant. Il n'en demeure pas moins que le bronzage doit être considéré comme une réaction d'autodéfense de la peau face à l'agression du soleil.

Le rayonnement ultraviolet auquel nous sommes exposés stimule les mélanocytes, cellules de la peau qui synthétisent la mélanine. C'est la mélanine qui donne cet aspect bronzé à la peau. La mélanine diminue les effets néfastes des ultraviolets en absorbant une partie de leur rayonnement, surtout pour les UVB. Il est certain qu'une peau bien bronzée attrape moins de coups de soleil. Mais il faut quand même se protéger du soleil, car la mélanine ne suffit pas à arrêter la totalité des ultraviolets, notamment les UVA.

Après plusieurs jours d'exposition, il est tout à fait possible d'utiliser un indice de protection plus faible. Mais même bronzé, il faut toujours continuer à appliquer de la crème.

FAQ 16 : 12 conseils pour protéger efficacement vos enfants du soleil.

1- Les expositions au soleil de l'enfance augmentent considérablement le risque de cancer de la peau. Protéger les enfants, c'est essentiel !

2- Evitez les expositions entre 12 et 16 heures l'été car ce sont les heures les plus riches en rayons brûlants. Incitez les enfants à faire la sieste ou organisez des activités à l'ombre.

3- Méfiez-vous des circonstances comportant un risque supplémentaire ou une fausse sécurité : vent frais, nuages passagers, sols réfléchissants (la neige, le sable ou l'eau), altitude, baignade rafraîchissante.

4- Les enfants de moins d'un an ne doivent jamais rester en plein soleil. Même à l'ombre d'un parasol, protégez les par des vêtements légers.

5- Utilisez le plus souvent possible des vêtements pour protéger les enfants (chemisette, pantalon, chapeau ou casquette), et n'oubliez pas la protection oculaire (lunettes de soleil enveloppantes).

6- L'utilisation de produits solaires ne doit pas servir à rester plus longtemps au soleil, mais à réduire les risques d'exposition.

7- Ne choisissez pas d'emblée un indice de protection trop élevé. Mieux vaut mettre de la crème plus souvent aux enfants plutôt que de les laisser des heures au soleil en se disant que « l'écran total » appliqué va les protéger.

8- Pour une meilleure tolérance, préférez des produits solaires à base d'écrans minéraux, dépourvus de filtre chimique.

9- Quelque soit l'indice de protection, réappliquez la crème toutes les 2 heures et après chaque bain.

10- Après chaque bain, essuyez soigneusement vos enfants car les gouttelettes d'eau ont un effet loupe favorisant les coups de soleil. Une fois sec, remettez leur de la crème.

11- Même si la peau est bien bronzée, continuez à appliquer de la crème.

12- Ne réutilisez pas les produits solaires de l'année dernière. L'efficacité des filtres solaires s'amenuise avec le temps, surtout quand ils sont soumis à de fortes chaleurs comme à la plage.

VARICELLE ET ZONA

Introduction

La varicelle et le zona sont deux maladies éruptives dues au même virus : le virus zona-varicelle (VZV). La varicelle correspond à la primo-infection. Peu d'enfants échappent à cette maladie qui, de fait, est très contagieuse. Le zona est la forme récidivante due à la réactivation du virus. Il est quant à lui très rare chez l'enfant.

La varicelle :

- FAQ 1 : Varicelle, quelle fréquence ?
- FAQ 2 : Comment opère le virus de la varicelle et du zona ?
- FAQ 3 : Comment se manifeste la varicelle ?
- FAQ 4 : Quels sont les risques de la varicelle ?
- FAQ 5 : Quel est le risque de contracter la varicelle pendant la grossesse ?
- FAQ 6 : Quel est le traitement de la varicelle ?
- FAQ 7 : Quel traitement en cas de varicelle compliquée ?
- FAQ 8 : Y a-t-il un vaccin contre la varicelle ?
- FAQ 9 : Quels conseils en cas de varicelle ?
- FAQ 10 : Mon enfant a la varicelle, quand pourra-t-il retourner à l'école ?

Le zona :

- FAQ 11 : Zona, quelle fréquence ?
- FAQ 12 : Comment le virus de la varicelle peut-il déclencher un zona ?
- FAQ 13 : Comment se manifeste le zona ?
- FAQ 14 : Quelles sont les localisations à risque du zona ?
- FAQ 15 : Quel est le traitement du zona ?

FAQ 1 : Varicelle, quelle fréquence ?

La varicelle est la plus contagieuse des maladies éruptives. Elle touche souvent les enfants de 1 à 10 ans. Plus de 9 personnes sur 10 contractent la varicelle au cours de la vie. Habituellement bénigne chez l'enfant, elle peut être beaucoup plus grave chez le nourrisson comme chez l'adulte. Elle est heureusement plus rare dans ces deux tranches d'âge.

EN SAVOIR PLUS

L'épidémiologie de la varicelle

On dénombre en France environ 600 000 cas de varicelle chaque année. La contagiosité de la varicelle est très grande : 96 % des sujets non immunisés développent la maladie lorsqu'il y a un contact familial avec un varicelleux. Au total, c'est plus de 90 % des enfants qui aura contracté la varicelle avant l'âge de 10 ans et 95 % de la population adulte est immunisé contre le VZV.

La varicelle est rare chez le nourrisson et chez l'adulte :

- enfants de moins de 1 an : 5 % des cas*
 - de 1 an à 20 ans : 89 % des cas*
 - après 20 ans : 6 % des cas*
-

FAQ 2 : Comment opère le virus de la varicelle et du zona ?

Pour la varicelle, la contamination se fait par voie respiratoire. L'incubation de la maladie dure 14 jours, puis les vésicules, typiques de l'éruption, apparaissent. La production d'anticorps par l'organisme permet une guérison spontanée en une semaine.

La varicelle est une maladie immunisante. Cela signifie que l'organisme fabrique des anticorps au contact du virus, le protégeant de toute nouvelle infection. C'est pour cela que la varicelle n'a lieu qu'une fois dans la vie. Mais malgré la présence des anticorps dans l'organisme, le virus reste à l'état de veille dans les ganglions des nerfs sensitifs crâniens et rachidiens où il se cache, bien à l'abri du système immunitaire.

EN SAVOIR PLUS***Le virus en action dans l'organisme***

Le VZV pénètre dans l'organisme par voie respiratoire. La contamination a toujours lieu au contact d'un individu atteint par la varicelle, le virus ne résistant pas longtemps hors de l'organisme. Elle se fait par l'intermédiaire des gouttelettes de salives présentes dans l'atmosphère ou au contact direct des vésicules cutanées. La contagiosité est maximale 2 jours avant l'éruption puis pendant les 5 premiers jours de l'éruption, jusqu'à cicatrisation des lésions.

Après passage dans le sang, le virus atteint la peau où il se multiplie. C'est la phase d'incubation qui dure environ 14 jours. Le virus provoque la ballonnisation des kératinocytes, responsable de la formation des vésicules typiques de l'éruption. Habituellement, la fabrication d'anticorps par le système immunitaire permet la guérison en l'espace de 7 jours. Les vésicules se dessèchent et se transforment en croûtes qui tombent. Mais en cas de déficience du système immunitaire, le VZV peut être responsable de formes graves atteignant les poumons ou le système nerveux central.

FAQ 3 : Comment se manifeste la varicelle ?

La varicelle se présente sous la forme d'une éruption d'aspect typique avec des vésicules qui se dessèchent, formant des croûtes qui tombent en une semaine.

Commentaire : Les lésions de la varicelle sont assez typiques. Ce sont des vésicules qui s'ombiliquent, formant de petits cratères, puis qui se dessèchent pour donner des croûtes. Elles tombent sans laisser de cicatrices, sauf si l'enfant se gratte.

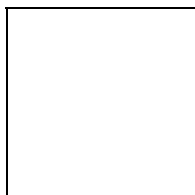
EN SAVOIR PLUS

Les lésions cutanées de la varicelle

L'éruption varicelleuse se présente au début sous forme de macules rosées, vite surmontées d'une vésicule en « goutte de rosée » très évocatrice. Dès le lendemain le liquide se trouble et la vésicule s'ombilique ; dans les 3 jours elle se dessèche formant une croûte qui tombe en une semaine, laissant une tache dépigmentée qui disparaît sans laisser de cicatrices, sauf en cas de lésion de grattage.

La topographie d'apparition est caractéristique de la maladie. L'éruption commence au niveau du cuir chevelu et du tronc. Puis elle s'étend aux membres et enfin au visage. Les régions palmoplantaires sont préservées.

Dans son ensemble, l'éruption évolue en 2 ou 3 poussées successives, d'où la coexistence d'éléments d'âges différents : macules, vésicules et croûtes. Elle est très prurigineuse et s'accompagne généralement d'une fièvre ne dépassant pas 38,5°C.

EN SAVOIR PLUS**Chronologie de la varicelle**

D'après Le Moniteur Des Pharmacies, Cahier II du n°2476 du 8 février 2003

FAQ 4 : Quels sont les risques de la varicelle ?

La varicelle est une maladie bénigne qui guérit dans l'immense majorité des cas en 8 à 12 jours. Mais elle peut parfois être responsable de complications :

- une surinfection cutanée par le staphylocoque doré ou le streptocoque

EN SAVOIR PLUS**La surinfection cutanée de la varicelle**

La surinfection des lésions de varicelle par le staphylocoque doré et le streptocoque est assez banale et habituellement sans gravité. Elle est favorisée par le grattage, le manque d'hygiène et l'application de produits qui provoquent une macération comme le talc ou certaines crèmes. Des placards croûteux mélicériques se superposent à l'éruption.

- une pneumopathie varicelleuse, principalement chez le nourrisson

EN SAVOIR PLUS**La pneumopathie varicelleuse**

La pneumopathie varicelleuse est plus rare chez l'enfant que chez l'adulte. On la rencontre surtout chez le petit nourrisson. Elle apparaît en général 1 à 6 jours après le début de l'éruption et se manifeste par de la toux, une dyspnée, de la fièvre. L'évolution peut être grave, voire mortelle.

- des atteintes neurologiques de différentes natures

EN SAVOIR PLUS

Les atteintes neurologiques au cours de la varicelle

Au cours d'une varicelle, il peut y avoir des manifestations neurologiques de différentes natures :

- *Des convulsions liées à une fièvre élevée chez un petit enfant.*
 - *Une ataxie cérébelleuse dont l'évolution est normalement favorable et sans séquelle.*
 - *Une encéphalite parfois mortelle, souvent accompagnée d'une méningite.*
 - *Le syndrome de Reye, correspondant à une encéphalopathie associée à une atteinte hépatique. Sa survenue pourrait être favorisée par la prise d'aspirine. L'évolution est mortelle dans 80 % des cas.*
-

Les formes les plus graves concernent plus particulièrement les nouveau-nés, les adultes et les immunodéprimés.

FAQ 5 : Quel est le risque de contracter la varicelle pendant la grossesse ?

Durant les cinq premiers mois de grossesse, la varicelle peut entraîner des malformations fœtales graves. Cela n'arrive toutefois que dans 2 à 3 % des cas. C'est surtout en toute fin de grossesse que l'on doit redouter le plus la

varicelle. Si la contamination a lieu dans les cinq jours qui précèdent la naissance, le nouveau-né peut faire une forme grave disséminée, avec atteinte viscérale ou neurologique. Pour une femme enceinte non immunisée, il faut donc éviter tout contact avec les personnes atteintes de varicelle ou de zona en toute fin de grossesse.

FAQ 6 : Quel est le traitement de la varicelle ?

Une varicelle non compliquée guérit d'elle-même. Le traitement vise à empêcher la surinfection cutanée et à soulager les symptômes :

- La prévention de la surinfection cutanée repose avant tout sur des mesures d'hygiène : douche quotidienne, application d'un antiseptique, ongles courts.
- En cas de fièvre, ne jamais donner d'aspirine (risque de syndrome de Reye), mais du paracétamol (Doliprane ®, Efferalgan ®). L'ibuprofène (Advil ®) semble pouvoir être utilisé sans risque, malgré son apparenté avec l'aspirine.
- Pour apaiser les démangeaisons, utiliser des antihistaminiques de classe anti-H1 sédatifs (Atarax ®, Polaramine ®).
- En cas de surinfection cutanée, à la suite de lésions de grattage, une antibiothérapie antistaphylococcique et antistreptococcique sera prescrite par voie orale (Bristopen ®, Orbénine ®, Pyostacine ®).

FAQ 7 : Quel traitement en cas de varicelle compliquée ?

Dans les formes graves de varicelle, lorsqu'il y a atteinte pulmonaire ou encéphalitique, un traitement antiviral à base d'aciclovir (Zovirax ®) est prescrit. Les enfants immunodéprimés et les nouveau-nés seront traités systématiquement par ce médicament afin d'empêcher les complications.

EN SAVOIR PLUS

L'aciclovir utilisé dans la varicelle

Chez l'enfant, l'aciclovir par voie intraveineuse est utilisé dans les indications suivantes:

- *enfants immunodéprimés ;*
- *varicelle du nouveau-né ;*
- *nouveau-né avant toute éruption si la mère a débuté une varicelle 5 jours avant ou 2 jours après l'accouchement ;*
- *varicelle compliquée, en particulier pneumopathie varicelleuse.*

Les doses sont de 10 à 20 mg/kg, trois fois par 24 H pendant 8 à 10 jours.

FAQ 8 : Y a-t-il un vaccin contre la varicelle ?

Il existe un vaccin contre le virus de la varicelle et du zona. Il réduit de façon significative la fréquence de la varicelle à la fois chez l'enfant et chez l'adulte. Néanmoins, une vaccination systématique n'est pas à envisager ; la varicelle est dans l'immense majorité des cas une maladie bénigne et la diminution de la protection vaccinale avec le temps risque de déplacer l'âge de la varicelle chez l'adulte qui est plus sujet aux formes compliquées. En France, on réserve le vaccin pour les seuls enfants exposés au risque de forme grave (enfants en attente de greffe, corticothérapie au long cours, hémopathie maligne, etc.). Ce vaccin n'est disponible qu'à l'hôpital.

FAQ 9 : Quels conseils en cas de varicelle ?

Les mesures d'hygiène constituent la base du traitement de la varicelle et du zona dans les formes bénignes comme dans les formes graves. Elles visent à empêcher la surinfection des lésions.

Ce qu'il faut faire :

- Prendre une ou deux douches quotidiennes, pas trop chaudes, avec un savon liquide non détergent. La pratique des douches permet d'éliminer les croûtes.
- Appliquer une solution de chlorhexidine aqueuse (Diasseptyl ®, Plurexid ®) en badigeonnage sur les lésions. La chlorhexidine est un antiseptique à large spectre d'action. Sa tolérance est bonne et elle peut être utilisée chez le nouveau-né.
- Soigner les ongles : des ongles courts et propres limitent les lésions de grattage et la surinfection.

Ce qu'il faut éviter :

- Les bains : ils favorisent la macération.
- L'application d'éosine : l'éosine n'est pas un antiseptique, mais elle est parfois utilisée pour assécher les lésions ; l'inconvénient est qu'elle

n'empêche pas la surinfection et sa couleur rouge masque l'évolution des lésions.

- L'application de pommades et crèmes diverses, de talc : ces produits favorisent la macération.

FAQ 10 : Mon enfant a la varicelle, quand pourra-t-il retourner à l'école ?

La varicelle est une maladie très contagieuse. Au contact d'un enfant atteint, le risque d'attraper la varicelle si on ne l'a pas déjà faite est de plus de 90 %. L'éviction scolaire du petit varicelleux s'impose. L'enfant est contagieux pendant les 2 jours qui précèdent l'éruption et jusqu'à la formation des croûtes (les croûtes sont très peu contagieuses), soit 5 à 7 jours après. Il faut donc compter une bonne semaine d'absence à l'école.

FAQ 11 : Zona, quelle fréquence ?

Le zona survient essentiellement à l'âge adulte au-delà de 50 ans. Il est exceptionnel chez l'enfant chez qui il témoigne d'une déficience du système immunitaire.

Le nombre de zona augmente à partir de 50 ans, avec 1,4% de nouveaux cas tous les ans. Au total plus de 20 % de la population développe un zona au cours de la vie. Chez l'enfant le zona est très rare. Avant l'âge de 10 ans, on dénombre environ 0,07 % de nouveaux cas chaque année. Cela concerne les enfants immunodéprimés (greffe d'organe, hémopathie maligne, infection VIH, etc.) et les nourrissons dont la mère a eu la varicelle en cours de grossesse.

FAQ 12 : Comment le virus de la varicelle peut-il déclencher un zona ?

Le zona est dû à la réactivation du virus resté latent dans les ganglions nerveux. Un facteur déclenchant, comme un stress ou un état de fatigue, combiné à un système immunitaire défaillant favorisent la réactivation du VZV. Le virus se multiplie dans un ou plusieurs ganglions nerveux et chemine le long du filet nerveux jusqu'au territoire cutané correspondant. Comme pour la varicelle, une éruption vésiculeuse apparaît alors.

Chez l'enfant, le zona témoigne de l'insuffisance du système immunitaire. Il s'agit d'enfants immunodéprimés (greffe d'organe, hémopathie maligne, infection VIH, etc.) ayant déjà fait une varicelle. Le faible pouvoir immunisant des varicelles survenant in utero ou chez le nourrisson encore protégé par les anticorps maternels explique également la survenue du zona.

FAQ 13 : Comment se manifeste le zona ?

L'aspect des lésions du zona est semblable à celui de la varicelle. Mais l'éruption se limite à un territoire cutané unilatéral et bien localisé, siégeant le plus souvent sur le thorax.

Commentaire : L'éruption du zona débute par un placard érythémateux très localisé, rapidement surmonté par des vésicules semblables à celles de la varicelle et groupées en bouquets. Les lésions persistent 10 à 14 jours puis régressent sans cicatrices dans la majorité des cas.

EN SAVOIR PLUS

L'éruption du zona

La topographie particulière, unilatérale et localisée, des lésions est très caractéristique du zona. La localisation thoracique est la plus fréquente. Le zona peut parfois apparaître sur le cou, un bras, l'abdomen, une fesse ou une cuisse. Le zona ophtalmique est rare chez l'enfant mais les complications oculaires peuvent être très grave. Le zona auriculaire est rare lui aussi.

L'éruption commence avec l'apparition de placards érythémateux surmontés rapidement de vésicules à liquide clair groupées en bouquets. Après 2 ou 3 jours, les vésicules se flétrissent puis se dessèchent en croûtes qui tombent une dizaine de jours plus tard, laissant des petites taches dépigmentées.

Chez un adulte, le zona s'accompagne de douleurs très vives. Les douleurs précèdent et accompagnent l'éruption. Mais chez l'enfant, ces douleurs sont le plus souvent modérées et disparaissent très vite. Les douleurs post-zostériennes qui persistent après l'éruption sont également beaucoup moins fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte.

EN SAVOIR PLUS

Les douleurs du zona

La réplication du virus dans les racines des nerfs sensitifs provoque des lésions nerveuses responsables des douleurs aiguës du zona.

Des douleurs à type de brûlure, parfois plus vives en « coup de poignard » précèdent de 3 à 4 jours l'éruption. Elles accompagnent l'éruption et peuvent persister bien au delà. Mais chez l'enfant, ces douleurs sont le plus souvent modérées et rapidement régressives.

Les douleurs post-zostériennes ne sont pas habituelles chez les jeunes patients. On les rencontre plus souvent chez l'adulte, après 50 ans. Elles correspondent aux douleurs persistant plus de 6 semaines après la guérison des lésions cutanées. Elles peuvent aussi s'observer après un intervalle sans douleur de plusieurs semaines ou mois.

La fièvre ne dépasse généralement pas 38°C et dure les trois premiers jours de l'éruption.

FAQ 14 : Quelles sont les localisations à risque du zona ?

Dans le zona, les formes compliquées concernent des localisations particulières de la maladie :

- Le zona généralisé, fréquent chez un enfant immunodéprimé.

EN SAVOIR PLUS

Le zona généralisé

Bien qu'il puisse faire un zona banal, l'enfant immunodéprimé est à haut risque de zona généralisé et compliqué. L'atteinte cutanée est généralisée et l'éruption prend un aspect ulcéro-hémorragique et nécrotique. Il survient parfois des complications viscérales, pulmonaires, hépatiques ou encéphaliques qui conditionnent le pronostic vital.

- Le zona ophtalmique, dont les séquelles oculaires peuvent compromettre la vision.

Commentaire : Le zona ophtalmique peut s'étendre du front jusqu'aux ailes du nez. Le gonflement des tissus péri-orbitaux est parfois tel que les paupières sont fermées. Des complications oculaires sont possibles.

EN SAVOIR PLUS

Le zona ophtalmique

Le zona ophtalmique s'accompagne d'œdème des paupières et du front. L'éruption peut atteindre les ailes du nez. Cette forme de zona comporte le risque de complications oculaires avec une atteinte de la cornée (kératite) et de la conjonctive

(conjonctivite). Il arrive que des séquelles compromettent de manière irréversible la vision.

- Le zona auriculaire, très douloureux et s'accompagnant parfois d'une paralysie faciale.

EN SAVOIR PLUS

Le zona auriculaire

Le zona auriculaire s'accompagne d'une vive otalgie, de troubles de l'audition et de l'équilibre et parfois d'une paralysie faciale qui régresse en quelques semaines.

FAQ 15 : Quel est le traitement du zona ?

Le traitement local est le même que celui de la varicelle. Il vise à empêcher la surinfection des lésions cutanées.

En cas de douleurs, ne pas donner d'aspirine, mais du paracétamol (Doliprane[®], Efferalgan[®])

Chez l'enfant, le traitement antiviral est à réserver au zona ophtalmique et à l'enfant immunodéprimé. Il sera prescrit :

- devant un zona ophtalmique, en prévention des complications oculaires : le valaciclovir (Zelitrex[®]) par voie orale, à la dose de 1 gramme trois fois par jour pendant 7 jours.

- chez l'enfant immunodéprimé : l'aciclovir (Zovirax ®) par voie intraveineuse, à la dose de 500 mg/m² trois fois par jour pendant 10 jours.

LES VERRUES

Introduction

Les verrues sont des tumeurs bénignes de la peau d'aspect inesthétique qui causent parfois de l'inconfort et même de la douleur. Les verrues peuvent affecter n'importe qui, mais elles sont plus fréquentes chez les enfants et les adolescents. D'origine virale, les verrues sont contagieuses.

FAQ 1 : Qu'est-ce qu'une verrue ?

FAQ 2 : Comment attrape-t-on des verrues ?

FAQ 3 : Quels types de verrues peut-on rencontrer chez les enfants ?

FAQ 4 : Doit-on traiter les verrues?

FAQ 5 : Comment traiter les verrues ?

FAQ 1 : Qu'est-ce qu'une verrue ?

Les verrues sont de petites excroissances cutanées molles recouvertes d'une couche cornée qui leur donne une texture rugueuse. Elles peuvent apparaître isolément ou en groupe et ce, sur différentes parties du corps. Les verrues sont provoquées par des virus de la famille des papillomavirus humains ou HPV. On a identifié plus de 80 formes de HPV responsables de leur apparition. Une fois introduit dans l'organisme, le virus se fixe à un endroit précis de l'épiderme où il déclenche une prolifération anormale de cellules.

FAQ 2 : Comment attrape-t-on des verrues ?

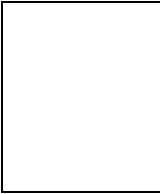
Les verrues sont contagieuses. Elles se propagent de personne à personne, par contact direct (poignée de main) ou indirect (piscine, serviettes), mais elles peuvent aussi se transmettre d'une partie du corps à une autre chez une personne déjà infectée.

Les HPV ont une prédilection pour les peaux humides, qui présentent des craquelures ou des égratignures. C'est pourquoi on les rencontre souvent chez les enfants et les adolescents qui se rongent les ongles. Un état de fatigue passager, un stress, une faiblesse du système immunitaire, en particulier lors de traitements immunosuppresseurs, favorisent aussi l'apparition de verrues. La durée d'incubation varie de quelques semaines à plusieurs mois. Il arrive même qu'elles apparaissent plusieurs années après la contamination.

FAQ 3 : Quels types de verrues peut-on rencontrer chez les enfants ?

- **Verrues vulgaires**

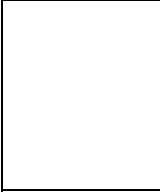
Les verrues vulgaires se développent surtout sur les mains et les doigts. Elles présentent un aspect dur, de surface irrégulière et de couleur brune ou grisâtre. Elles sont parfois uniques, parfois multiples. On constate alors la présence d'une verrue mère plus grosse que les autres. Les verrues vulgaires peuvent présenter des points noirs. Il s'agit de petits vaisseaux sanguins qui se sont coagulés sous l'effet du développement rapide de la verrue. Lorsque les verrues vulgaires sont localisées sur le pourtour des ongles, elles peuvent être douloureuses.



Commentaire : Les verrues vulgaires sont classiquement situées sur les mains. Elles sont constituées d'une masse dure rugueuse avec parfois, comme ici, des petits points noirs correspondants à des vaisseaux sanguins coagulés.

- **Verrues planes**

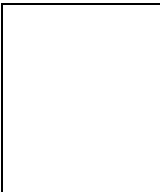
Les verrues planes peuvent apparaître n'importe où sur le corps, mais on les retrouve plus souvent au niveau du visage chez les enfants, au niveau des jambes chez les femmes et au niveau de la barbe chez les hommes. Dans ces deux derniers cas, l'irritation causée par le rasage pourrait être un facteur favorable. De couleur rose ou beige, elles sont lisses, rondes et légèrement saillantes, et peuvent atteindre un diamètre de 1 à 2 mm. Elles tendent à croître en grand nombre, de 20 à 100 à la fois.



Commentaire : Les verrues planes se rencontrent fréquemment sur le visage. Elles sont généralement lisses, de petite taille, peu surélevées et présentes en grand nombre.

- **Verrues plantaires**

Les verrues plantaires sont localisées sur la plante des pieds. Elles apparaissent seules ou en mosaïque et forment une surface dure et cornée. Elles sont souvent plates, le poids du corps les repoussant vers l'intérieur du pied, et présentent parfois des petits points noirs, comme dans le cas des verrues vulgaires. Ce sont des lésions profondes, qui entraînent une sensibilité ou une douleur en marchant, comme si on avait un caillou dans son soulier.



Commentaire : Sur cette photo, on observe des verrues plantaires en mosaïque. Elles sont plates car, du fait du poids du corps, les verrues plantaires se développent plus volontiers vers l'intérieur du pied. Pour cette raison, elles sont souvent douloureuses et invalidantes.

- **Verrues génitales ou condylomes**

Considérées comme une maladie sexuellement transmissible, les verrues génitales se manifestent comme de petites lésions en relief évoquant des « crêtes de coq ». Elles ont souvent de coloration brune, et sont localisées sur les organes génitaux et/ou la région de l'anus. Chez l'enfant, elles peuvent être dues à une contamination manuportée à partir de verrues vulgaires, mais elles doivent également faire évoquer l'éventualité de sévices sexuels.

Commentaire : Ces condylomes situés autour de l'anus sont de petites lésions en relief dont l'aspect évoque des « crêtes de coq ». Leur présence chez un enfant est rare.

FAQ 4 : Doit-on traiter les verrues ?

L'aspect inesthétique des verrues, la rapidité de leur multiplication, la présence de douleur et le risque de friction sont tous des éléments qui justifient un traitement. Les verrues vulgaires, surtout chez les enfants, peuvent disparaître spontanément, du jour au lendemain. Mais lorsqu'elles ne sont pas traitées, elles peuvent proliférer et les risques de contagion sont toujours présents.

FAQ 5 : Comment traiter les verrues ?

Le traitement des verrues consiste à détruire les lésions par différentes techniques. Le type de verrues, leur nombre, leur dimension et leur localisation sont autant de facteurs qui influenceront la technique utilisée:

- **Les produits verrucides kératolytiques :**

Ils représentent le traitement le plus pratique et le plus efficace si la verrue est de faible épaisseur. Leur utilisation indolore est intéressante pour traiter les enfants. Ils ne laissent pas de cicatrice. Ils détruisent les cellules infectées et provoquent une réaction inflammatoire modérée qui stimule la réponse immunitaire.

Les principes actifs employés sont l'acide salicylique et l'acide lactique. Les concentrations en acide salicylique vont de 15 à 20% pour les verrues vulgaires des mains à 50% pour certaines verrues plantaires.

EN SAVOIR PLUS***Les produits verrucides kératolytiques***

CORICIDE LE DIABLE ® solution

DUOFILM ® solution

KERAFILM ® solution

NITROL ® solution

VERRUFILM ® solution

VERRUPAN ® solution

TRANSVERCID ® dispositifs adhésifs

Pommade COCHON ®

Conseils d'utilisation :

- *Protégez la peau saine alentour avec un morceau d'ELASTOPLASTE ® au centre duquel vous aurez découpé un orifice à la taille de la verrue ou avec du vernis (vernis spécial VERLIM ®, vernis à ongle ou collodion officinale).*
- *Appliquez le topique avec un applicateur ou un brin d'allumette.*
- *Laissez sécher.*
- *Recouvrez l'ensemble avec un morceau ELASTOPLASTE ®. L'occlusion permettra une meilleure pénétration des principes actifs et la verrue sera protégée.*
- *Laissez en place 24 heures puis nettoyez avec de l'éther. Décapez les tissus morts avec une râpe ou une pierre ponce sans faire saigner. Pour les verrues plantaires, on peut faire un bain de pieds de 5 minutes avant cette opération pour ramollir les tissus à enlever.*
- *Répétez l'application tous les jours pendant 3 à 6 semaines.*

Il est déconseillé d'utiliser ces produits sur le visage

- **La cryothérapie**

La cryothérapie à l'azote liquide est le traitement de choix des verrues vulgaires à l'exception des verrues périunguéales pour lesquelles on préfère les topiques kératolytiques. Le principe est de brûler la verrue par le froid à l'aide d'azote liquide dont la température est de - 196°C. Après l'application d'azote par le dermatologue, la verrue blanchit et durcit, entourée par une petite collerette d'épiderme gelé. La verrue finit par tomber 2 à 3 semaines plus tard. Il est parfois nécessaire de répéter l'opération. Cette technique a l'inconvénient d'être douloureuse. Pour les enfants, il est préférable d'appliquer un anesthésique local une heure avant l'intervention.

En pharmacie, il est possible de trouver un dispositif original basé sur le principe de la cryothérapie (Cryopharma ®). Il s'agit d'un aérosol permettant d'appliquer du froid à une température de -50°C sur les verrues pour les brûler.

- **L'électrocoagulation par bistouri électrique**

L'électrocoagulation superficielle est surtout utile en cas de verrues multiples. Elle nécessite un bistouri électrique et se pratique sous anesthésie locale.

- **Le laser CO2**

Le procédé consiste à détruire la verrue au laser. Cette technique ne provoque aucun saignement, mais elle est douloureuse, la guérison est parfois longue et elle laisse souvent une cicatrice. Il s'agit donc d'une solution de dernier recours.

Difficiles à éradiquer, les verrues peuvent nécessiter plusieurs interventions avant de disparaître. Comme le virus reste à l'état latent dans l'organisme, il

n'est pas rare que les verrues réapparaissent, surtout lors d'une maladie ou d'une période de grande fatigue.

CONCLUSION

Nous avons réalisé un outil destiné au pharmacien d'officine, lui permettant d'approfondir ses connaissances en dermatologie pédiatrique. Nous espérons ainsi l'aider dans son conseil au quotidien. Malheureusement, du fait de la grande diversité des dermatoses infantiles, il nous a été impossible de lister toutes ces pathologies. Nous nous sommes attachés à étudier les plus fréquentes d'entre elles.

Il ne faut cependant pas se méprendre sur le but de ce travail : il ne s'agit en aucun cas d'un outil de diagnostic mais d'une source d'informations fournissant au conseil officinal une caution médicale qui renforce la crédibilité du pharmacien. Son conseil prend ainsi une valeur supplémentaire.

REFERENCES

Ouvrages :

- **« Dermatologie »**
Collège des enseignants de dermato-vénéréologie de France
Ed. Masson, 2000
- **« La dermatologie de l'enfant »**
J.F. STALDER
Ed. Arnette, 1992
- **« Dermatologie du Praticien »**
A. du VIVIER
Ed. Flammarion Médecine-Sciences, 1995
- **« Thérapeutique dermatologique »**
L. DUBERTRET
Ed. Flammarion Médecine-Sciences, 2001
- **« Pathologie infectieuse de l'enfant »**
P. BEGUE, J. ASTRUC
Ed. Masson, 1999

Périodiques :

- Annales de Dermatologie et de Vénéréologie
- Objectif Peau
- Le Moniteur des Pharmacies
- La Revue du Praticien
- La Revue Prescrire

Internet :

- www.sfdermato.com
- www.dermis.net
- www.dermatlas.com

Nom – Prénoms : ARTARIT Guillaume François

Titre de la Thèse : La dermatologie de l'enfant à l'officine,
réalisation d'un CD-ROM.

Résumé de la Thèse :

En matière de dermatologie pédiatrique, le conseil du pharmacien est sollicité au quotidien et la demande d'informations de la part des parents se fait de manière croissante. Dans ce domaine, une formation complémentaire du pharmacien est donc indispensable. Aussi dans cette thèse, nous nous sommes efforcés de réunir tous les éléments nécessaires pour aider le pharmacien à dispenser son conseil. Ce travail a fait l'objet de la réalisation d'un CD-ROM destiné aux pharmaciens. Il regroupe 23 dermatoses infantiles parmi les plus fréquentes. Chaque pathologie est traitée sous la forme de Questions/Réponses. Leur contenu s'intéresse notamment à la physiopathologie, aux traitements médicaux et aux conseils associés. De nombreuses photos accompagnent et approfondissent le texte. Le tout a été réalisé en HTML, langage informatique largement utilisé pour la création de sites web sur internet.

MOTS CLES :

Dermatologie - Pédiatrie - Conseil - Officine - CD-ROM - HTML

JURY :

PRESIDENT : Monsieur A. PINEAU, Professeur de Toxicologie, Doyen de
l'UFR de Pharmacie de NANTES

ASSESEURS : Monsieur J.F. STALDER, Chef du service de
Dermatologie, Directeur de Thèse, CHU de NANTES
Monsieur S. BARBAROT, Chef de Clinique de
Dermatologie, CHU de NANTES
Madame F. THOBY, Pharmacien, 486 bis Route de Saint
Joseph 44300 NANTES

Adresse de l'auteur : Monsieur Guillaume ARTARIT,
13 avenue de l'Eperonnière 44000 NANTES