

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako



**U.S.T.T-B**

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie



**THESE**

Année Universitaire : 2022- 2023

Thèse N °.....

# Etude des dermatoses chez les nouveau-nés vus au Csréf de la commune V du District de Bamako

Présentée et soutenue publiquement le/13 /07/ 2023 devant le jury  
de la Faculté de Médecine et Odonto-Stomatologie

Par :

**Mlle Founè Marie Madeleine KAMATE**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**(Diplôme d'Etat)**

**Jury :**

**PRESIDENT** : Abdoul Aziz DIAKITE, Professeur titulaire

**DIRECTEUR** : Adama Aguisa DICKO, Professeur agrégé

**CO-DIRECTEUR** : Mamadou GASSAMA, Maitre de Conférences

**MEMBRE** : Dr Binta GUINDO, Chargée de recherche

# Dédicace et Remerciements

**Dédicace :**

Je dédie ce travail :

**À l'Éternel Tout Puissant, mon Meilleur Ami**, celui en qui je me confie. Tu es l'Alpha et l'Oméga, celui qui tient toutes ses promesses et qui fait toutes bonnes choses en son temps. Chez toi, il n'y a ni changement ni ombre de variation. Mon âme te bénit et n'oublie aucun de tes bienfaits. J'aime JÉSUS, car il me connaît, il entend ma voix, mes supplications, parce qu'il a penché son oreille vers moi et m'a exaucé. Je t'invoquerai toute ma vie. Reçois mon amour et ma reconnaissance éternelle.

**À mon papa Moïse KAMATE**

Tu as appris à mes frères et moi le travail bien fait et le don de soi pour l'œuvre du Seigneur. Par ta compassion, tu nous as montré dès notre tendre enfance la bonté et la bienveillance en aidant ceux qui sont dans le besoin. Car il est écrit « Enseigne à l'enfant selon la voie qu'il doit suivre et quand il sera vieux ; il ne s'en détournera pas », nous n'oublions aucun de tes enseignements. Merci pour cette éducation. Puisse ce travail t'honoré.

**À ma maman Emilie COULIBALY**

Ta bravoure et ton amour ne cessent de nous impressionner au quotidien. Tu es notre conseillère et notre amie. L'humilité tu nous l'as appris, car elle précède toujours la gloire. Merci d'être notre maman. Que ce travail t'apporte beaucoup de joie et de reconnaissance.

**À ma jumelle Nincènè Marthe KAMATE**

Sans toi rien ne serait pareil et l'amour qui nous unit est plus fort que tout. Tu es ma moitié et c'est le lieu pour moi de te dire merci pour ton soutien qui ne m'a jamais fait défaut ; une oreille vers qui me tourner. Je sais que nous pouvons toujours compter l'une sur l'autre. Continue à briller et demeure bénie.

**À mes autres frères et sœurs** Hinsi Jokébed, Djénèba Géneviève, Tamou Sophonie, Sayon Apollos Hildebert et Pierre merci pour votre soutien dans la prière. J'espère que ce travail sera un sujet de remercier et de rendre Gloire à Dieu au quotidien.

**À mes cousins et cousines** Tamou Emmanuel Kamaté, Ismael Isaac Kamaté, Dr Malaki Kamaté, Carole Coulibaly, Sylvain Coulibaly, Dr Lazare Coulibaly, Caroline Coulibaly, Henriette Kéita, Esther Kamaté, Sophie Kamaté, Dina Kamaté, Sianwa Joséphine Kamaté, Martia Traoré, Korotoumou Joséphine Sidibé, Alice Safiatou Dembélé, Noellie et Sawé Kamaté. Merci à chacun de vous pour votre soutien. Allons de gloire en gloire.

**À mes neveux et nièces** merci pour la joie que vous nous offrez chaque jour.

**À mes oncles et tantes**

Je suis fière d'être votre nièce, car votre réussite dans la simplicité force le respect. Merci pour vos encouragements, vos conseils et prières. Que notre Seigneur continue à vous bénir au-delà de toute espérance.

**À mon fiancé Dr Aser DIARRA**

La vie nous a réuni durant ce parcours universitaire. Tu es un grand soutien moral, mon meilleur ami et beaucoup plus encore. Que l'Éternel nous bénisse au-delà de notre espérance et fasse de nous une source de bénédiction pour les autres. Merci pour ta disponibilité et ton amour. Ce travail est pour nous.

**À mes amis** Lydie Yassanga Poudiougou, Dr Adizatou A Maiga, Pasteur Barthélemy Diarra, Elly Togo et Ada Alhadel Kouyaté. Merci pour votre amitié.

**À la famille Dr Bouacar KOUYATE**

Votre gentillesse, votre courtoisie à l'égard de la famille ainsi que votre joie de vivre font de vous une famille exemplaire. Recevez notre amour et mes remerciements les plus sincères.

**Remerciements :**

Mes remerciements vont à l'endroit de la faculté de médecine et d'odontostomatologie pour la qualité des formations données.

À mes chers maîtres de l'hôpital de dermatologie de Bamako : **Pr Ousmane Faye, Pr Adama Aguisa Dicko, Pr Yamoussa Karabinta, Pr Mamadou Gassama, Dr Claude, Dr Mariam Diarra, Dr Binta Guindo, Dr Alima Kéita, Dr Kouréichy Tall, Dr Aicha Samaké, Dr Lamissa Cissé.** Merci pour la formation et votre soutien.

À mes chers maîtres de la pédiatrie : **Dr Mamadou Traoré, Dr Berthé Djénèba Sacko, Dr Korotoumou Bamba, Dr Issiaka Koné, Dr Maimouna Kanté, Dr Yah Traoré, Dr Maimouna Haidara.** Merci pour la formation. Je vous serai toujours reconnaissante.

À mes aînés : **Dr Ilias Sow, Dr Aoua Diakité, Dr Simon Layo, Dr Bamba, Dr Balla, Dr Yannick, Dr Djénèba, Dr Samaké, Dr Promoubé, Dr Gabriel Sanogo, Dr Oumar Sidibé, Dr Boubou Gakou, Dr Cheick Oumar Samaké, Dr Boubou Cissé, Dr Rosalie Diassana, Dr Laari Cathérine Théra, Dr Brakissa Fané et Dr Alimatou Djourté** merci pour votre soutien.

À tout le personnel de l'hôpital de dermatologie et du Csref de la commune V du district de Bamako que j'ai eu à côtoyer pendant cette étude. Merci pour votre accueil et courtoisie.

À tous mes collègues : **Youssef Camara, Elly A Togo, Assitan Céline Farota, Fatoumata Koita, Kadiatou Bah, Sékou Soukouna, Dramane Koné et Demba Coulibaly** merci pour tout.

À tous mes cadets merci à chacun de vous.

À tous les Médecins qui m'ont aidé à l'élaboration de ce document, merci pour l'encadrement.

À **Dr Mariam Diarra** ma chef pour la qualité de sa formation, son soutien, ses précieux conseils et sa disponibilité qui n'a jamais fait défaut. En espérant être à la hauteur de tes enseignements, reçois ma gratitude.

À **Dr Mamoudou Diakité** pour son aide inestimable, son soutien, sa disponibilité sans faille et ses précieux conseils ; ceci est ton travail.

À la famille de **Pasteur Cheick Hammalah SAMAKE** et à toute la communauté de l'église de **KABALA-Est** merci.

À l'institut **Tabita** pour sa disponibilité.

# Hommage des membres du jury

**À notre Maître et Président du jury :**

**Professeur Abdoul Aziz DIAKITE**

- ❖ **Professeur titulaire en pédiatrie à la FMOS**
- ❖ **Chef de service de pédiatrie générale du CHU-GT**
- ❖ **Responsable de l'unité de prise en charge de la drépanocytose à la pédiatrie**
- ❖ **Spécialiste en hématologie pédiatrique**
- ❖ **Diplômé en surveillance épidémiologique des maladies infectieuses et tropicales**
- ❖ **Trésorier général de l'Association des Pédiatres d'Afrique Noire francophone (APANF)**
- ❖ **Membre du collège ouest-africains des Médecins**

**Cher maître,**

C'est avec spontanéité et un grand plaisir que vous avez accepté de présider ce Jury de thèse malgré vos multiples occupations.

L'étendue de vos connaissances, votre sens social élevé, votre pragmatisme, votre rigueur scientifique et votre disponibilité suscitent une grande admiration.

Ce fut un honneur d'avoir bénéficié de vos connaissances et de vos précieux conseils pour la confection de ce document.

Trouvez ici notre gratitude et notre reconnaissance éternelle



**À notre Maître et Directeur de thèse**

**Pr Adama Aguisa DICKO**

- ❖ **Maître de conférences agrégé en dermatolérologie-vénérologie à la FMOS**
- ❖ **Chef de service de dermatolérologie-vénérologie à l'Hôpital Dermatologie de Bamako**
- ❖ **Enseignant-chercheur**
- ❖ **Secrétaire générale de la SOMADEV et membre de plusieurs sociétés savantes nationale et internationale**

Cher Maître, permettez-nous de vous témoigner toute notre gratitude et notre reconnaissance pour l'attention particulière et la patience que vous nous avez accordées à chacune des étapes de ce travail.

Votre rigueur scientifique, votre détermination, votre grande simplicité, votre humilité et toutes vos qualités humaines font de vous un maître respecté et admiré. Soyez rassuré cher maître de notre profond attachement et de notre sincère reconnaissance. Que Dieu vous élève davantage.

**À notre Maître et co-directeur de thèse**

**Pr Mamadou GASSAMA**

- ❖ **Maître de conférences en dermatolérologie-vénérologie à la FMOS**
- ❖ **Praticien hospitalier à l'Hôpital de dermatologie de Bamako**
- ❖ **Enseignant-chercheur**
- ❖ **Point focal du suivi des albinos au Mali**

**Cher Maître,**

Les mots nous manquent pour exprimer notre profonde admiration. Votre disponibilité, votre amour du travail bien fait et surtout votre dévouement font de vous un maître apprécié.

Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude.

**À notre Maître et Membre du jury**

**Dr KEITA Binta GUINDO**

- **Spécialiste en dermatoléprologie-vénérologie**
- **Praticienne hospitalière à l'hôpital de dermatologie de Bamako**
- **Membre de la société malienne de dermatologie vénéréologie du Mali**
- **Chargée de recherche à l'hôpital de dermatologie de Bamako.**

**Cher Maître,**

Merci d'avoir accepté de juger notre travail.

Votre compétence, votre rigueur et vos qualités humaines exemplaires ont toujours suscité notre admiration.

Nous vous exprimons notre reconnaissance pour le meilleur accueil que vous nous avez réservé. Veuillez recevoir cher maître l'expression de notre grande admiration et notre profond respect.

# Liste des abréviations

## Liste des sigles et abréviations

**ATCD** : Antécédent

**CPDPN** : Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic prénatal

**CPN** : Consultation prénatale

**CSCOM** : Centre de santé communautaire

**CSREF** : Centre de santé de référence

**CV** : Commune 5

**DA** : Dermatite atopique

**DC** : Dermocorticoïde

**DS** : Dermatite séborrhéique

**EBH** : Épidermolyses bulleuses héréditaires

**FHLS** : Film hydrolipidique de surface

**HSV1** : Virus herpès simplex de type 1

**HSV2** : Virus herpès simplex de type 2

**IRM** : Imagerie par résonance magnétique

**NMF**: Natural Moisturizing Factors

**PCA** : Acide pyrolidone carboxylique

**PCT** : Pustulose céphalique transitoire

**PDSC** : Plan de développement socio sanitaire des communes

**PEV** : Programme élargi de vaccination

**PH** : potentiel hydrogène

**PIE** : Perte insensible en eau

**TCL** : Taches café au lait

**TEWL** : Transepidermal Water loss

**URENI** : Unité de récupération et d'éducation nutritionnelle intensive

**UV** : Ultraviolet

**XP** : Xeroderma pigmentosum

# Tableaux des matières

**Table des matières**

**Introduction :** ..... 1

**Objectifs :** ..... 2

**1. Objectif général :** ..... 2

**2.Objectifs spécifiques :** ..... 2

**Généralités :** ..... 3

**1. GÉNÉRALITÉS SUR LA STRUCTURE ET LES FONCTIONS DE LA PEAU** ..... 3

        1.1. La peau : ..... 4

        1.2.Les rôles de la peau : ..... 6

**2.PARTICULARITÉS DE LA PEAU DU NOUVEAU-NÉ ET DU NOURRISSON** ..... 8

        2.1. Particularités anatomiques et histologiques : ..... 8

        2.2 Particularités physiologiques : ..... 9

        2.3. Conclusion : ..... 11

**3.LÉSIONS ÉLÉMENTAIRES CUTANÉES :** ..... 13

        3.1. Lésions primitives : ..... 13

        3.2. Lésions secondaires : ..... 14

**LES PATHOLOGIES DERMATOLOGIQUES :** ..... 15

**Les taches de naissance :** ..... 15

**3. Acné néonatale :** ..... 24

**4. Dermate atopique (DA) :** ..... 26

**5. Dermate séborrhéique du nouveau-né :** ..... 29

**6. Herpès du nouveau-né :** ..... 30

**7. Dermite du siège :** ..... 31

**8. Mycoses cutané-muqueuses : les candidoses** ..... 32

**9. Mycoses cutanées : les dermatophyties** ..... 34

**10. Pyodermites :** ..... 35

**11. Les génodermatoses :** ..... 37

**Méthodologie :** ..... 44

**1. Type d'étude :** ..... 44

**2. Cadre d'étude :** ..... 44

**3. Population d'étude :** ..... 47

**4. Critères d'inclusions :** ..... 48

**5. Critères de non-inclusions :** ..... 48

**6. Recrutement et collecte des données :** ..... 48

**7. Variables à étudier :** ..... 48



8. Analyse des données :	48
9. L'éthique :	48
10. Bénéfice :	48
Résultats :	50
Iconographie :	60
Commentaires et Discussion :	66
Conclusion :	69
Recommandations :	70
Références :	72
Fiche d'enquête :	80

## Liste des tableaux

Tableau I : Répartition de l'échantillon selon le terme de l'accouchement

Tableau II : Répartition selon le poids de naissance

Tableau III : Répartition selon la notion de consanguinité

Tableau IV : Répartition selon les ATCD médicaux des parents

Tableau V : Répartition selon le niveau d'étude des parents

Tableau VI : Répartition selon la nature des lésions élémentaires

Tableau VII : Répartition selon la localisation des lésions élémentaires

Tableau VIII : Répartition selon le diagnostic clinique

Tableau IX : Répartition selon les dermatoses infectieuses

Tableau X : Répartition selon les dermatoses immuno allergiques et inflammatoires

Tableau XI : Répartition selon les dermatoses traumatiques

Tableau XII : Répartition en fonction des gènes dermatoses

Tableau XIII : Répartition en fonction des tumeurs et malformations

Tableau XIV : Répartition en fonction de l'attitude thérapeutique

## Liste des figures

Figure 1 : Schéma de la peau

Figure 2 : Répartition de l'échantillon selon la tranche d'âge

Figure 3 : Répartition de l'échantillon selon le sexe

Figure 4 : Répartition de l'échantillon selon la résidence

# Introduction

## **Introduction :**

Les dermatoses chez les nouveau-nés constituent une source de préoccupation tant chez les praticiens, mais beaucoup plus chez les parents [1]. La plupart d'entre elles sont bénignes et transitoires, mais certaines d'entre elles peuvent révéler une pathologie grave notamment génétique qui peut mettre en jeu le pronostic vital du nouveau-né.

Plus de 30% des consultations pédiatriques en soins de santé primaires correspondent à des plaintes dermatologiques [2]. En général la majorité de ces dermatoses sont bénignes et transitoires ; spontanément résolutive, elles sont liées le plus souvent à l'état physiologique de la barrière cutanée du nouveau-né. Cette fonction de barrière épidermique est fonction de l'âge gestationnel du nouveau-né. Aussi, la prématurité expose-t-elle à des complications Hydro électrolytiques, hypothermiques, infectieuses et toxiques potentiellement graves. Il faut noter également que les manœuvres d'accouchement peuvent donner des dermatoses d'origine traumatiques qui sont très fréquentes dans notre contexte [3,4].

Étant donné la diversité des étiologies des manifestations cutanées au cours de la période néonatale et l'inquiétude qu'elles suscitent auprès des parents, une meilleure connaissance de ces dermatoses permettra de non seulement de rationaliser leur prise en charge, mais aussi de diminuer le coût des examens complémentaires qui sont le plus souvent peu bénéfiques.

En Afrique peu d'études ont été réalisées sur les dermatoses des nouveau-nés. D'où l'intérêt d'initier cette étude qui avait comme but de décrire les particularités épidémio-cliniques des dermatoses chez les nouveau-nés au Csréf de la Commune V du district de Bamako.

# Objectifs

**Objectifs :**

**1. Objectif général :**

Étudier les dermatoses chez les nouveau-nés au Csréf de la Commune V du district de Bamako.

**2.Objectifs spécifiques :**

- Décrire les caractères sociodémographiques de nos cas.
- Préciser la fréquence des dermatoses retrouvées.
- Identifier les principales causes de ces dermatoses.
- Déterminer la conduite à tenir.

# Généralités



**Généralités :**

**1. GÉNÉRALITÉS SUR LA STRUCTURE ET LES FONCTIONS DE LA PEAU**

La peau représente l'organe le plus lourd et le plus étendu du corps humain. Elle constitue une interface avec le milieu extérieur et assure de multiples fonctions vitales, telles que la protection de l'organisme (face aux chocs, à la pollution, aux micro-organismes, aux rayonnements ultraviolets, etc.), la régulation thermique, la production de vitamine D, ainsi que de nombreuses autres fonctions.

La peau est constituée de trois couches superposées : l'épiderme, le derme et l'hypoderme, ainsi que d'annexes : les poils, les ongles, les glandes sudoripares et sébacées.

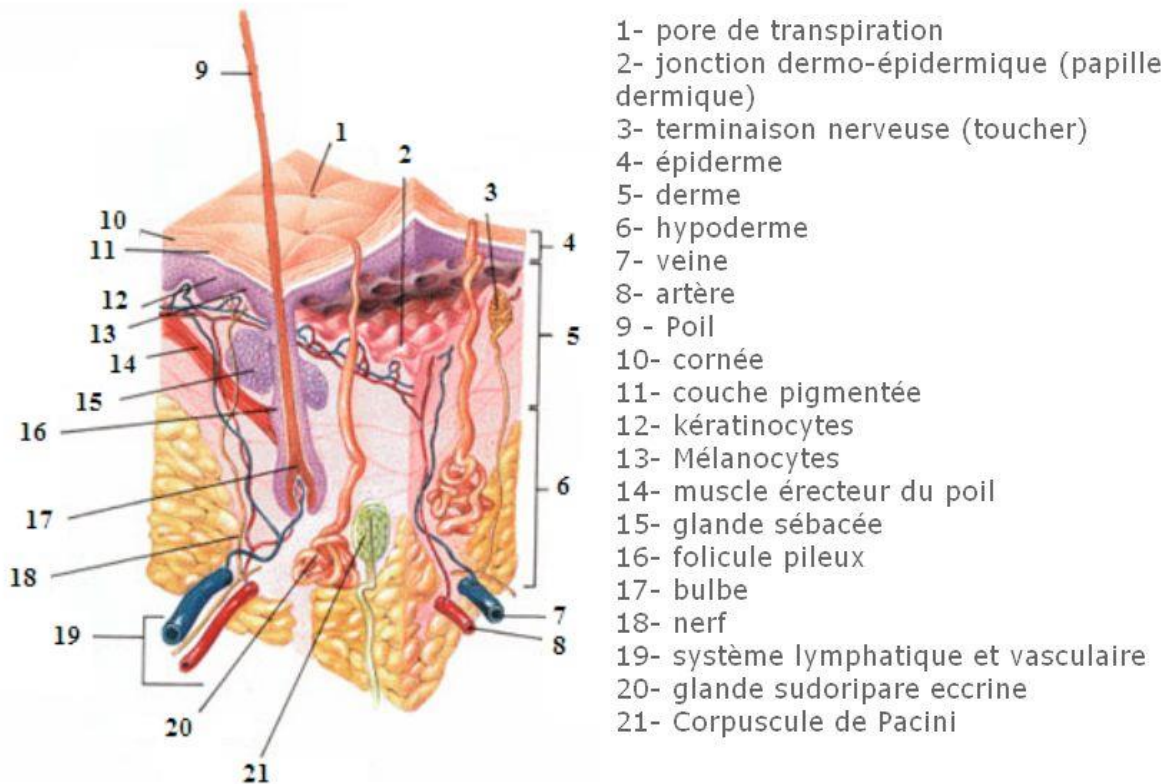


Schéma de la peau [5].

## 1.1. La peau :

### 1.1.1. L'épiderme :

L'épiderme est un épithélium stratifié kératinisé constitué à 80 % des **kératinocytes** qui se renouvellent tous les 28 jours. On y trouve également d'autres types cellulaires :

- **des mélanocytes**, qui produisent la mélanine, pigment protecteur ;
- **Des cellules de Langerhans** : cellules dendritiques du système immunitaire ;
- **Des cellules de Merkel** : cellules du système nerveux périphérique.

Ces quatre types cellulaires sont regroupés en cinq sous-couches dont la plus profonde repose sur une lame basale. On retrouve ainsi, en remontant vers la surface : d'abord **la couche basale** (*stratum basale*), puis **la couche épineuse** (*stratum spinosum*), **la couche granuleuse** (*stratum granulosum*), **la couche claire** (*stratum lucidum*, uniquement dans la peau épaisse) et **la couche cornée** (*stratum corneum*).

Au niveau de la couche basale, on trouve des cellules souches qui vont se multiplier en continu pour donner des kératinocytes qui évolueront vers la surface : il s'agit du phénomène de kératinisation. Arrivés à la surface de la peau, les kératinocytes s'aplatissent, perdent leur noyau et meurent. Ils deviennent ainsi des cornéocytes, qui constituent la couche cornée.

Cette couche cornée représente une barrière efficace contre la pénétration d'agents irritants, de toxines et d'allergènes de l'environnement. Elle empêche également la PIE (perte insensible en eau) transépidermique ou TEWL (Transepidermal Water Loss), qui correspond à l'évaporation d'eau à la surface de la peau.

Au cours de leur ascension, les kératinocytes produisent des substances essentielles à ce rôle protecteur de la peau. Ce sont :

•**des molécules hydrophiles** intracellulaires, « les facteurs naturels d'hydratation » ou NMF (Natural Moisturizing Factors). Ces NMF proviennent de la dégradation d'une protéine, la filaggrine. Il s'agit principalement d'acides aminés, d'acide pyrrolidone carboxylique (PCA), d'acide lactique, d'urée, de sucres et de sels minéraux. Leur rôle est de retenir l'eau au niveau de la couche cornée.

•**De la kératine**, protéine qui confère une rigidité et une étanchéité au niveau épidermique ;

•**Des lipides** constituent un véritable ciment intercellulaire. Ce ciment est constitué d'un mélange d'acides gras polyinsaturés, de cholestérol et de céramides.

De plus, **le film hydrolipidique de surface** (FHLS) va retenir l'eau à la surface de la peau en s'opposant à la PIE. Le FHLS est une émulsion recouvrant l'épiderme, composée de sébum et de sueur, provenant du derme, des cornéocytes et de lipides épidermiques (dont les céramides). Il permet de maintenir l'hydratation et la souplesse cutanée, ainsi qu'un pH acide de la peau.

Ainsi, l'hydratation cutanée résulte de l'accumulation statique d'eau sur les NMF et de la diffusion d'eau permanente (PIE) à travers le *stratum corneum* [6-12].

### **1.1.2.Le derme :**

Le derme représente la partie résistante de la peau. C'est un tissu conjonctif, composé à 80 % d'eau, alors que la couche cornée n'en contient que 13 %. Il est divisé en deux parties : le derme superficiel ou papillaire, et le derme profond ou réticulaire.

Le derme renferme différents types cellulaires : des fibroblastes, à l'origine des fibres de collagène, élastine et réticuline, des adipocytes, ainsi que des lymphocytes, macrophages et mastocytes. Le collagène est une protéine fibreuse

jouant un rôle dans la tonicité et la résistance mécanique. L'élastine est une protéine hydrophobe qui confère une certaine souplesse à la peau. La cohésion de l'ensemble est assurée par un gel visqueux nommé substance fondamentale, dans laquelle baignent des glycosaminoglycanes très hydrophiles, dont l'acide hyaluronique, et des glycoprotéines de structure. Ce gel compressible retient l'eau comme une éponge.

À la différence de l'épiderme, le derme est vascularisé et innervé. Il apporte ainsi les nutriments à l'épiderme à travers la jonction dermoépidermique. Il possède également un rôle de soutien et de maintien de l'épiderme, ainsi qu'un rôle dans la cicatrisation grâce aux macrophages et lymphocytes.

De plus, dans le derme se trouvent les follicules pileux, ainsi que les glandes sébacées et sudoripares. Les poils ont un rôle esthétique important et protègent également contre le rayonnement solaire et les particules. Les glandes sébacées produisent le sébum qui aide à lubrifier la peau et contribue à la fonction protectrice de la barrière épidermique. Les glandes sudoripares servent à la thermorégulation de la peau [6-10].

### **1.1.3.L'hypoderme :**

L'hypoderme se compose de cellules graisseuses et de tissu conjonctif. Il joue un rôle important dans la régulation thermique et l'amortissement des chocs.

### **1.2.Les rôles de la peau :**

En plus d'un rôle au niveau psychosocial, la peau assure plusieurs fonctions fondamentales :

- Protection mécanique : grâce à la couche cornée, au derme et à l'hypoderme ;
- Protection chimique et antibactérienne : grâce au FHLS qui maintient un pH acide, hydrate la couche cornée et occupe un rôle dans les défenses contre les agressions de la peau ;

- Photo protection : grâce aux pigments mélaniques ;
- Fonction sensorielle ;
- Régulation thermique : les thermorécepteurs de la peau envoient les informations à l'hypothalamus ;
- Production de vitamine D ;
- Sécrétion de sueur et de sébum ;
- Fonction immunitaire : Cette fonction est assurée par le FHLS grâce à son pH acide, les germes de la flore saprophyte, la couche cornée, les cellules de Langerhans qui agissent en informant les lymphocytes T, ainsi que par les kératinocytes qui sécrètent des cytokines immuno modulatrices (les interleukines).
- Absorption : Cette fonction permet d'utiliser la peau comme voie d'administration de médicaments ou de cosmétiques (voir définition d'un cosmétique ci-dessous).
- Réserve : de lipides (lipides de l'hypoderme) et d'eau (glycosaminoglycanes) ;
- Cicatrisation [6-10].

Un cosmétique se définit comme : « toute substance ou tout mélange destiné à être mis en contact avec les parties superficielles du corps humain (épiderme, système pileux et capillaire, ongles, lèvres et organes génitaux externes) ou avec les dents et les muqueuses buccales en vue, exclusivement ou principalement, de les nettoyer, de les parfumer, d'en modifier l'aspect, de les protéger, de les maintenir en bon état ou de corriger les odeurs corporelles » selon le règlement n°1223/2009 du Parlement européen et du Conseil du 30 novembre 2009 relatif aux produits cosmétiques. Aucun effet systémique ne doit résulter d'un cosmétique, ce qui permet entre autres de le différencier d'un médicament [13].

## **2.PARTICULARITÉS DE LA PEAU DU NOUVEAU-NÉ ET DU NOURRISSON**

### **2.1. Particularités anatomiques et histologiques :**

À la naissance, la peau du nouveau-né à terme est recouverte d'un vernis protecteur blanchâtre et gras, le vernix caseosa. Fabriqué essentiellement par les glandes sébacées fœtales, il protège la peau du fœtus qui baigne dans le liquide amniotique et aurait des propriétés lubrifiantes et antibactériennes. Il sera éliminé par la toilette. La peau du prématuré (né avant 37 semaines d'aménorrhée) à la naissance est plus fine, transparente et peut être recouverte d'un lanugo, duvet recouvrant le fœtus qui n'a pas eu le temps de tomber.

La peau du nouveau-né à terme est morphologiquement proche de celle de l'adulte, à quelques différences près. L'épaisseur de l'épiderme est semblable, ainsi que le nombre d'assises cellulaires. Par ailleurs, la peau du nouveau-né à terme est moins poilue donc moins protectrice. Elle contient moins de liens intercellulaires, rendant la peau plus perméable. La protection contre les rayonnements du soleil est diminuée par rapport à l'adulte, en raison d'une mélanogénèse incomplète. D'autre part, le derme du nouveau-né à terme est différent de celui d'un adulte : il est plus mince, plus riche en fibroblastes, mais moins dense en collagène et en fibres élastiques.

Malgré ces similitudes sur le plan architectural, une desquamation physiologique transitoire survient chez environ 65 % des nouveau-nés à terme. Celle-ci serait probablement liée à une dysfonction initiale de la couche cornée. Elle traduit l'existence d'une sécheresse cutanée importante et disparaît spontanément dans les deux premières semaines de vie [14].

En revanche, la peau des prématurés se révèle immature, et ce d'autant plus que l'âge gestationnel est faible. L'épiderme est aminci : 20  $\mu\text{m}$  à 30 semaines contre 50  $\mu\text{m}$  à l'âge adulte et chez le nouveau-né à terme. La couche cornée n'a qu'une seule assise cellulaire, ce qui rend leur peau plus perméable. Cette différence se

corrige le plus souvent en deux semaines, grâce à une différenciation des cellules épidermiques [15-17].

## **2.2 Particularités physiologiques :**

### **2.2.1 Fonction barrière :**

Cette fonction barrière de l'épiderme est liée à différents facteurs dont le principal est l'épaisseur de la couche cornée. Les lipides de surface, cholestérol et céramides, y participent également.

#### **-La perte transépidermique en eau :**

Pour le nouveau-né à terme, les pertes en eau cutanées sont semblables à celles d'un adulte. Pour le prématuré en revanche, la PIE peut être beaucoup plus élevé, entraînant ainsi un risque de déperdition hydrique et calorique. Ainsi, certains néonatalogues recommandent l'application de corps gras sur la peau du prématuré afin de diminuer la perte en eau, réduire la colonisation bactérienne et les septicémies à départ cutané.

#### **-L'absorption percutanée :**

Elle est la même chez le nouveau-né à terme que chez l'adulte, bien que le rapport surface/poids du nouveau-né soit trois fois supérieur à celui de l'adulte. Il s'en suit un risque d'intoxication par voie percutanée en période néonatale plus élevé. De plus, les systèmes de transport et de détoxification ne sont pas matures. Ce risque d'intoxication est également favorisé par l'application fréquente de topiques sous occlusion, comme sous les couches, et par des conditions de température et d'hydratation plus élevées. Différents accidents de toxicité percutanée ont été rapportés, par exemple avec des antiseptiques alcooliques, des talcs à l'hexachlorophène ou des dermocorticoïdes appliqués de façon prolongée. Il faudra donc être très vigilant sur la qualité et la quantité des topiques utilisés chez le nouveau-né [12] ; [15,16] ; [18,19].

Chez le prématuré, cette absorption percutanée est très fortement augmentée, d'un facteur 100 à 10 000 [17].

### **2.2.2.Fonction sébacée :**

Pendant le premier mois de vie, la quantité de sébum est comparable à celle d'un adulte. En effet, les glandes sébacées du fœtus sont stimulées par les androgènes maternels avant la naissance. Ceci est responsable de troubles chez le nouveau-né tels que l'acné néonatale, les grains de milium, l'hyperplasie néonatale des glandes sébacées ou encore la dermatite séborrhéique.

Ensuite, le taux de sébum chute jusqu'en fin de premier trimestre, puis reste faible jusqu'à la puberté. Le FHLS est par conséquent déficient, puisqu'il est constitué uniquement par les lipides épidermiques. Ceci est à l'origine d'une sécheresse cutanée plus ou moins importante. On recommande ainsi d'utiliser une crème hydratante pour le visage et le corps quotidiennement chez l'enfant [12] ; [15,16] ; [18,19].

### **2.2.3.Fonction sudorale et thermorégulation :**

Les glandes sudorales sont immatures à la naissance, ce qui explique également l'impression de peau sèche des nouveau-nés et la sensibilité accrue aux agressions climatiques. La sécrétion se normalise durant la première année.

De plus, le tonus vasoconstricteur est immature chez le nouveau-né à terme ainsi que chez le prématuré. Cette maturation se poursuit après la naissance [12] ; [15,16] ; [18,19].

### **2.2.4.PH cutané :**

Chez l'adulte, le pH cutané est acide, en moyenne de 5,5. Le FHLS permet le maintien d'un pH acide de la peau. À la naissance, le pH cutané est compris entre 6,2 et 7,5 avec un pouvoir tampon moins efficace que chez l'adulte. Il baisse rapidement dans la semaine qui suit la naissance, autant chez le nouveau-né à



terme que chez le prématuré. Le pH atteint des valeurs de 5,0 à 5,5 à la quatrième semaine de vie [16].

### **2.2.5.Colonisation bactérienne :**

In utero, la peau est stérile. À partir d'une semaine, la densité bactérienne est normale, à quelques différences près avec la flore des adultes. Certaines bactéries ne sont en effet pas ou peu observées durant la période néonatale : les corynebactéries, les propionibactéries ainsi que les acinetobacter [16,17].

### **2.2.6.Défenses antimicrobiennes et réponse immunitaire :**

Plusieurs facteurs permettent de limiter la croissance des germes pathogènes : le pH acide, la faible teneur en eau en surface, la présence d'acides gras libres, d'une flore commensale et de peptides antimicrobiens. Les lipides extracellulaires ont également un rôle mécanique dans l'imperméabilité de la couche cornée, et certains d'entre eux ont une activité antibactérienne. Par exemple, dans la dermatite atopique, la densité en staphylocoques dorés *Staphylococcus aureus* est liée à la diminution de certains lipides cutanés et de la sphingosine.

Quant au système immunitaire cutané, il est immature à la naissance et deviendra mature vers l'âge de 9 mois. Cette immaturité est « compensée » par la présence de peptides antimicrobiens comme la cathélicidine ou la bêta-défensine humaine-2 [16].

### **2.3. Conclusion :**

Ainsi, même si sur le plan constitutif, la peau du nouveau-né à terme est similaire à celle de l'adulte, sa physiologie encore imparfaite la rend plus fragile.

L'élévation du pH cutané, le manque de lipides ainsi que l'immaturité du système immunitaire facilitent les infections. Ceci est majoré chez le prématuré : une barrière épidermique et un système immunitaire immatures, un déficit en peptides antimicrobiens, une absence de vernix caseosa et une vulnérabilité cutanée accrue aux traumatismes mécaniques (frottements, adhésifs, etc.).

Le prématuré est ainsi exposé à différents risques de complications telles qu'infectieuses, mais aussi thermiques et hydroélectrolytiques.

De plus, le rapport surface/poids trois fois supérieur à celui de l'adulte est une différence notable entre la peau du nouveau-né et celle de l'adulte. Une attention particulière devra être réservée aux produits appliqués sur la peau et à leur rythme d'utilisation. Ainsi, seuls les agents topiques ne présentant pas de toxicité par voie systémique pourront être utilisés chez les nouveau-nés et les nourrissons. Par ailleurs, un nombre restreint de topiques doit être conseillé aux parents pour les soins. Ceux-ci doivent être sans risque d'irritation ni sensibilisation.

Après avoir étudié les particularités de la peau du nouveau-né et du nourrisson par rapport à celle de l'adulte, voici un rappel des lésions cutanées élémentaires, essentielles à connaître pour l'approche diagnostique d'une dermatose.

La démarche diagnostique en dermatologie inclut :

- l'interrogatoire du patient ou des parents ;
- La connaissance des caractéristiques de l'éruption ;
- La recherche de la lésion élémentaire ;
- L'observation du mode de groupement ;
- La topographie des lésions ;
- La recherche d'autres symptômes comme la douleur ou le prurit.

Dans certains cas, des examens complémentaires seront nécessaires : biopsie cutanée, prélèvements bactériologiques ou parasitologiques, examens immunologiques.

### 3. LÉSIONS ÉLÉMENTAIRES CUTANÉES :

On distingue les lésions élémentaires primitives et les lésions élémentaires secondaires. Une dermatose peut être constituée d'un seul type de lésion élémentaire ou de plusieurs.

#### 3.1. Lésions primitives :

Les lésions primitives surviennent de novo sur la peau et sont capitales à identifier pour le diagnostic de la dermatose.

- La macule ou tache :

Tache dyschromique, sans relief ni infiltration. Elle peut être colorée (exemples : érythème, purpura) ou décolorée (exemple : pityriasis versicolor).

- La squame :

Pellicule ou lamelle cornée qui se détache plus ou moins facilement de la peau, fréquemment associée à d'autres lésions élémentaires comme l'érythème (d'où le terme « lésion érythémateuse squameuse »). Exemple : psoriasis.

- La kératose :

Épaississement corné plus large qu'épais. Exemple : kératose pileaire.

- La vésicule :

Lésion en relief, de petite taille (1 à 2 mm de diamètre), contenant un liquide transparent, située en peau saine (exemple : varicelle) ou en peau érythémateuse (exemple : eczéma). La vésicule, tout comme la bulle, est une lésion fragile et transitoire.

- La bulle :

Lésion en relief, de grande taille (de 5 mm à plusieurs cm), contenant un liquide pouvant être clair, jaunâtre ou hémorragique. Exemple : épidermolyse staphylococcique.

- La pustule :

Soulèvement dermoépidermique, de taille variable, dont le contenu est trouble. La pustule est fragile et transitoire, donnant secondairement des érosions et des croûtes. Exemple : acné.

- La papule :

Petite lésion ( $\leq 1$  cm) en relief, solide, bien circonscrite. Exemple : urticaire. Si elle est plus grande, on parle de plaque.

- Le nodule :

Élevure plus ou moins saillante, sous-épidermique, de grande taille ( $> 1$  cm), solide, ferme et infiltrée à la palpation [7,20].

### **3.2. Lésions secondaires :**

Les lésions secondaires se développent à partir des lésions primitives ou résultent du grattage de ces lésions par le patient.

- La croûte :

Lésion secondaire à la coagulation d'un exsudat séreux, hémorragique ou purulente. Elle correspond au stade évolutif des vésicules, bulles ou pustules.

- La cicatrice :

Changement cutané résultant de la formation d'un tissu conjonctif après destruction de l'épiderme et du derme.

- L'érosion :

Perte de substance superficielle à fond plat, guérissant sans séquelles. Elle concerne l'épiderme et le sommet des papilles dermiques. C'est une lésion humide et suintante, qui se recouvre secondairement d'une croûte.

- L'ulcération :

Perte de substance plus profonde atteignant le derme voire l'hypoderme, guérissant en laissant une cicatrice [7] ; [20,21].

Après ces rappels, nous allons aborder quelques-unes des principales pathologies dermatologiques rencontrées chez le nouveau-né.

## **LES PATHOLOGIES DERMATOLOGIQUES :**

En pratique courante, la dermatologie quotidienne du nouveau-né est représentée par quelques pathologies qui sont entre autres :

### **Les taches de naissance :**

Les taches de naissance sont classées en deux grands groupes selon leur origine et leur couleur : **les lésions vasculaires et les lésions pigmentées.**

#### **1. Les lésions vasculaires :**

Les lésions vasculaires regroupent toutes les dysplasies touchant le réseau vasculaire sanguin du derme.

Cliniquement, ce sont des taches rouges ou roses à la naissance. Les principales lésions vasculaires sont :

##### **1.1. L'angiome plan : [22-27]**

L'angiome plan est une tache rose ou lie de vin, disparaissant à la vitropression. Il est dû à un processus dysembryoplasique circonscrit touchant les capillaires sanguins du derme. Sur le plan anatomopathologique, il correspond à une hyperplasie de ses capillaires dermiques matures.

##### **- Diagnostic positif :**

L'angiome plan est une macule rouge ou rose à la naissance. C'est une macule d'aspect homogène, à limites nettes et à surface lisse. Il est de siège ubiquitaire, mais son siège de prédilection est la face ou les membres. Il peut se présenter sous forme de petite tache ronde de quelques millimètres de diamètre ou sous forme de

nappe étendue. Il ne saigne pas spontanément, et ne s'accompagne pas de signes fonctionnels.

- Traitement :

Le traitement classique se fait au Laser.

### **1.2. L'angiome tubéreux ou Hémangiome cutané : [24-27]**

C'est une variété d'angiomes congénitaux, prenant la forme d'une tumeur cutanée en relief. Il est dû à la prolifération de vaisseaux immatures. Sa fréquence à la naissance varie de 10 à 12%, mais peut atteindre 30% chez les prématurés [23]. Il peut se compliquer d'ulcération et/ou d'hémorragie.

- Diagnostic positif :

Il est clinique. L'angiome tubéreux se présente à la naissance comme une plaque violet sombre, ou rouge ; donc comme une tache. Cette plaque se développe très rapidement en quelques jours pour donner une tumeur bien limitée, dépressible et mamelonnée prenant l'aspect d'une fraise au bout de quelques mois d'évolution.

L'angiome tubéreux prend son aspect typique chez le nourrisson. Il peut s'associer à un angiome sous-cutané pour former un angiome mixte.

- Évolution et traitement :

Son évolution est triphasique. Il croît rapidement au cours des six premiers mois de la vie ensuite il se stabilise jusqu'à l'âge d'un an et enfin il régresse spontanément vers l'âge de six ans environ.

En cas de complication (d'ulcération et d'hémorragie) ; traitement par corticothérapie en infiltration locale ou par voie générale 2 à 3 mg /kg/j pendant un mois, puis diminution progressive de la dose jusqu'à 6 mois.

En absence de complication, s'abstenir de traitement.

### **1.3. L'angiome sous cutané ou Hémangiome sous cutané : [24,25] ; [27]**

C'est une variété d'angiomes immatures du secteur capillaire qui se développe en profondeur. Sa fréquence serait la même que celle de l'angiome tubéreux, c'est-à-dire 10 à 12% [23].

- Diagnostic positif :

C'est une masse sous-cutanée de consistance molle et bien limitée. Elle est indolore à la palpation et la couleur de la peau qui la recouvre est normale bleuter. Elle est non pulsatile et ne saigne pas spontanément. Cette masse peut s'associer à un angiome tubéreux pour donner un angiome mixte.

### **1.4. Angiome mixte :**

C'est un angiome sous-cutané qui a une composante tubéreuse.

La topographie des angiomes du nourrisson est ubiquitaire, de même leur taille est très variable allant de l'atteinte punctiforme jusqu'à l'atteinte d'un membre de toutes les faces ou d'un hémi tronc posant ainsi des problèmes sérieux d'ordre esthétique et des déformations considérables ; cependant dans l'immense majorité des cas cette taille reste modérée de l'ordre de 2 à 3 cm. En effet, ils peuvent s'accompagner de graves anomalies vasculaires profondes, c'est le cas de l'angiome siégeant dans le territoire du trijumeau (syndrome de STURGE-WEBER- KRABBE), ou couvrant une grande partie d'un membre (syndrome de KLIPPEL- TRENAUNAY, syndrome de PARKES-WEBER). Certaines formes mettent en jeu le pronostic fonctionnel : angiome palpébral (risque d'amblyopie), angiome labial dit angiome tapir pouvant gêner la succion, angiome narinaire menaçant les structures cartilagineuses du nez..., ailleurs c'est le pronostic vital qui est mis en jeu : angiome laryngé (risque d'asphyxie), angiome de très grande taille (insuffisance cardiaque).

**Le syndrome de Kasabach-Merrit :** syndrome très rare décrit chez le nouveau-né ou le nourrisson et caractérisé par l'association d'un angiome géant et

d'hémorragies mortelles : celles-ci sont la conséquence d'une coagulopathie de consommation avec thrombopénie et fibrinolyse qui se développe dans l'angiome.

L'évolution de l'hémangiome du nourrisson est favorable dans 80 % des cas. Après une phase de croissance de durée pouvant atteindre 8 mois, l'hémangiome se stabilise pour commencer sa régression vers le 18e-20e mois. Cette régression est lente, elle est marquée par l'apparition de zones blanchâtres dans la composante tubéreuse puis de l'affaissement de la composante sous-cutanée à l'âge de 6-8 ans l'angiome aurait complètement disparu ou aurait laissé une séquelle inesthétique pouvant être corrigée secondairement par la chirurgie.

Au cours de cette évolution, quelques complications peuvent survenir :

L'ulcération spontanée aboutit à la nécrose et cicatrice assez rapidement. C'est en fait un signe de régression.

L'hémorragie à partir d'une nécrose ou lors d'un traumatisme reste une complication rare, bénigne et facilement réductible par une simple compression.

Enfin la surinfection qui sera traitée comme une simple pyodermite.

Les examens complémentaires sont rarement indispensables à la reconnaissance du diagnostic. Parfois, ils peuvent être nécessaires pour un bilan d'extension ou s'il y a une malformation associée → doppler couleur → IRM.

Dans la plupart des cas, les angiomes tubéreux et sous-cutanés ne nécessitent aucun traitement, la régression spontanée intéresse 80 % des cas environ. Certaines formes très étendues, ou compromettant le pronostic fonctionnel ou vital nécessitent une corticothérapie générale (2 à 3 mg/kg/jour) pendant quelques semaines puis diminuée progressivement. Un geste chirurgical est parfois nécessaire (angiomes de la pointe du nez, angiomes des paupières...). Le laser à colorant pulsé, accélère la régression d'un hémangiome tubéreux et peu épais, mais reste sans effet sur une composante profonde (hémangiome mixte) [28].



### **1.5. Les purpuras :**

Ce sont de petites macules cutanées de couleur rouge vif et bleuâtre ne s'effaçant pas à la vitropression. Ils sont congénitaux (purpuras par fragilité capillaire constitutionnelle) ou acquis (infection, troubles de l'hémostase, traumatisme). Ils sont dus à une extravasation des hématies hors des capillaires et passent par les différentes teintes de la biligène.

### **1.6. La tache saumon ou Nævus flammeus : [25] ; [29,30]**

La tache saumon est une variété d'angiomes plan caractérisé par sa régression spontanée.

C'est un angiome fonctionnel dû à l'aplasie localisée des récepteurs alpha adrénergiques sur les capillaires dermiques superficiels. Ceci entraîne une vasodilatation permanente. Sa fréquence à la naissance est estimée à 60% [23,27].

#### **- Diagnostic positif :**

C'est une tache rosée, présente à la naissance sur le milieu du front, les paupières, ou sur la nuque. Sa coloration est moins intense que l'angiome plan commun, mais augmente avec les cris du bébé. La tache saumon ne saigne pas et ne s'accompagne pas de signes fonctionnels.

### **2. Les lésions pigmentées :**

Les lésions pigmentées sont des dysplasies circonscrites de la peau. Elles sont dues soit à la présence de cellules naeviques au niveau de la peau, soit à une mauvaise répartition du pigment mélanique et/ou des mélanocytes. Il y'a plusieurs types de lésions pigmentées, mais ceux pouvant se présenter sous forme de taches à la naissance sont : la tache mongolique, les taches café au lait, les nævi pigmentaires, les lentigos et le nævus spilus.

### **2.1. La tache mongolique : [26,29] ; [31-33]**

C'est une macule cutanée hyper pigmentée, congénitale, due à la migration incomplète des mélanoblastes avec arrêt et différenciation en mélanocytes dans le derme.

L'accumulation des mélanocytes dans le derme donne une teinte bleutée par translucidité à travers le collagène qui les recouvre.

La fréquence des taches mongoliques varie avec le degré de pigmentation de la peau. Dans une étude multiraciale menée sur 1058 nouveau-nés aux États-Unis d'Amérique, Jacobs AH. Et Coll a trouvé une fréquence de 9,6% des taches mongoliques chez les enfants de race blanche ; 95,5% chez les noirs ; 70,1% chez les Latino-Américains et 81% chez les Asiatiques [34].

#### **- Diagnostic positif :**

Il est clinique. La tache mongolique est une macule ardoisée ou bleue - foncée. Son siège de prédilection est la région lombo-sacrée ou les fesses. C'est une macule homogène, arrondie ou en nappe, et à bordures nettes. Elle est non pileuse et ne disparaît pas à la vitro pression.

#### **- Diagnostic différentiel :**

### **2.2. Le nævus bleu :**

C'est une tache unique congénitale de quelques millimètres de diamètre. Elle est bleu foncé ou ardoisée. Elle est bien limitée, ferme et légèrement bombée. Son siège de prédilection est le visage ou les membres.

Sur le plan histologique, il comprend deux types :

- ✓ Le type ordinaire formé de mélanocytes disposés en travées irrégulières dans le derme et l'hypoderme ; avec de nombreux macrophages renfermant de gros amas de mélanine ;

- ✓ Le type cellulaire formé de mélanocytes dermiques allongés et de cellules fusiformes au cytoplasme clair.

Évolution : la tache mongolique est une tache bénigne qui régresse spontanément à l'âge de 2 à 3 ans.

### **2.3. Les taches café au lait (TCL) : [27] ;[29,30] ;[33,35]**

Les TCL sont des macules cutanées hyper pigmentées, d'origine génétique, transmises sur le mode autosomique dominant. La TCL serait liée à l'augmentation de l'activité Dopa-oxydase des mélanocytes sans augmentation de ceux-ci. Cela entraînerait la formation de macromélanosomes dans les kératocytes avec accumulation d'amas de mélanine intra épidermiques.

Sa fréquence à la naissance est relativement faible, allant de moins de 0,1% [36] à 2,7% [37].

- Diagnostic positif :

Les TCL sont des macules bistres ou brun clair, homogènes, ne disparaissant pas à la vitre pression. Elles sont arrondies ou ovalaires ; mesurant quelques centimètres à plusieurs dizaines de centimètres de diamètre. Elles sont bien limitées et siègent généralement sur le tronc ou les membres. Elles sont stables et leur taille n'augmente qu'avec la croissance. Leur nombre est variable ; mais au-delà de six TCL mesurant plus de 1,5 cm chacune, il faut rechercher une neurofibromatose associée.

- Évolution :

Les TCL sont isolées dans la majorité des cas. Dans certains cas, elles peuvent être le seul marqueur à la naissance de maladies graves dont :

#### **La maladie de Von Recklinghausen : [38]**

C'est une maladie génétique à transmission autosomique dominante, secondaire à une dysplasie de la crête neurale.

**La Sclérose tubéreuse de Bourneville ou EPILOIA (epilepsy - low intelligence - adenoma sebaceum) : [38]**

C'est une maladie génétique à transmission autosomique dominante dont l'incidence est de 1 pour 100.000 naissances.

**2.4. Les nævi pigmentaires ou grains de beauté : [26,27] ; [31,33,39]**

Ce sont des tumeurs cutanées bénignes, formées par la multiplication intra épidermique et/ou intradermique, de cellules naeviques (naevocytes) groupées en amas (thèques). Elles sont congénitales ou acquises. Leur fréquence à la naissance est estimée à 1 % [29,41].

- Diagnostic positif :

Les nævi pigmentaires sont des lésions polymorphes. Tantôt ce sont des macules bien limitées à surface lisse ou kératosique, tantôt ce sont de petites lésions papuleuses ou en relief. Ils peuvent aussi se présenter sous forme de nappes hyper pigmentées de 10 à 20 cm de diamètre, à surface lisse et à limites floues. Ils sont de couleur noire ou brun foncé, mais peuvent être achromiques.

Ils ne disparaissent pas à la vitro pression. Ils sont de siège ubiquitaire et peuvent déborder sur les muqueuses. Des poils peuvent apparaître à leur surface. Ils peuvent régresser avec l'âge ou persister indéfiniment.

- Évolution :

Les nævi pigmentaires sont asymptomatiques et peuvent régresser spontanément. Dans certains cas, une folliculite sous naevique peut survenir.

Dans les nævi congénitaux géants, il y a un risque de dégénérescence maligne estimée à 6,3 % [31]. L'exérèse chirurgicale prophylactique est alors indiquée comme traitement. Dans les autres cas, l'abstention thérapeutique est de règle.

### 2.5. Les lentigos : [26,29,33]

Ce sont de petites taches hyper pigmentées congénitales ou acquises, dues à une simple augmentation des mélanocytes au niveau de l'épiderme. Leur fréquence est estimée à 0,5 % [36].

#### - Diagnostic positif :

Les lentigos sont des taches lenticulaires, de 1 à 3 mm de diamètre, à limites nettes et à surface lisse. Ils sont souvent noirs, mais peuvent être brun clair. Ils apparaissent à l'enfance, mais peuvent être présents à la naissance. Leur nombre est variable. Ils ne disparaissent pas à la vitro pression. Ils sont de siège ubiquitaire. Ils ne sont pas influencés par l'exposition au soleil.

#### - Évolution :

Le lentigo est une tache bénigne qui persiste infiniment. Cependant, certaines lentiginoses diffuses peuvent s'associer à des malformations congénitales.

Dans le syndrome de Peutz-Jeghers-Touraine, une lentiginose faciale péri-orificielle s'associe à une polypose gastro-intestinale diffuse. La lentiginose est présente à la naissance. La polypose se révèle à l'adolescence ou à l'âge adulte par des hémorragies digestives. Cette polypose est en principe bénigne, mais des cas d'évolution vers des cancers digestifs ont été décrits [40].

Dans le syndrome de Touraine, une lentiginose centofaciale s'associe à des anomalies dysraphiques (palais ogival, spina bifida, hypertrichose sacrée, coalescence des sourcils, scoliose) avec des troubles neuropsychiques (épilepsie, retard mental) [27].

#### - Diagnostic différentiel :

Il se pose essentiellement avec :

## **2.6. Les éphélides ou taches de rousseur :**

Ce sont des taches lenticulaires de 1 à 5 mm de diamètre. Elles sont de couleur ocre ou brun clair, mais moins foncée que les lentigos. Elles se regroupent sur les parties découvertes (visage, membres). Leur nombre augmente avec l'âge et leur coloration augmente après exposition au soleil. Ces taches sont bénignes et apparaissent à l'adolescence. Elles sont fréquentes chez les sujets roux ou les albinos.

**Les naevi naevo-cellulaires (dans leur forme lentigineuse).**

## **2.7. Le nævus spilus : [27,29]**

C'est une variété particulière de nævus naevo-cellulaire survenant sur une TCL.

### **- Diagnostic positif :**

C'est une macule brun clair dont la surface est parsemée de petites taches plus sombres. Elle est présente à la naissance. Sa taille et sa forme sont variables. Ce nævus est en principe unique et siège sur le dos ou les membres. Il a parfois une topographie zoniforme.

### **- Évolution :**

Le nævus spilus est bénin et régresse spontanément. Dans quelques cas il peut persister indéfiniment.

### **- Diagnostic différentiel :**

Cliniquement, les lésions sont très évocatrices. En cas de doute, l'histologie permet de confirmer le diagnostic.

## **3. Acné néonatale :**

Chez le nouveau-né, soit entre 0 et 28 jours, l'acné est le plus souvent transitoire, mais fréquente (20 %), avec une prédominance masculine. Elle survient dès la

naissance ou dans les premières semaines de vie et régresse spontanément vers 1 à 3 mois [42].

Il est lié au sevrage des hormones maternelles à la naissance, qui déclenche une stimulation hypophysaire chez le nouveau-né et ainsi une sécrétion d'androgènes surrénaliens et gonadiques. Il s'en suit une stimulation excessive des glandes sébacées [43].

- Diagnostic positif :

Le comédon, lésion caractéristique de l'acné, est le résultat de l'obstruction du canal d'un follicule pilo-sébacé [44].

Dans l'acné néonatale, les comédons fermés (points blancs) prédominent, mais il peut également y avoir des comédons ouverts (points noirs), des papules rouges, des pustules. Plus rarement, des kystes peuvent apparaître. Les lésions siègent au niveau facial, sur le front et les joues principalement [45].

- Diagnostic différentiel :

L'acné du nouveau-né doit être différenciée de l'hyperplasie néonatale des glandes sébacées, de la pustulose céphalique néonatale, des miliaires sudorales ainsi que du milium.

**L'hyperplasie néonatale des glandes sébacées :** sont fréquentes sur les joues et le nez des enfants nées à terme (30 à 50 % des nouveau-nés). Il s'agit de multiples papules jaunes de 1 à 2 mm de diamètre, dues à une augmentation du nombre et du volume des glandes sébacées des nouveau-nés, en lien avec une stimulation hormonale pendant le dernier mois de grossesse. L'éruption disparaît spontanément en 4 à 6 mois.

**La pustulose céphalique transitoire (PCT) :** est caractérisée par des lésions inflammatoires et pustuleuses souvent limitées au front et aux joues. Il n'y a pas de comédons, ce qui permet d'éliminer une acné. La levure *Malassezia* aurait un

rôle dans cette pathologie, d'après de récents travaux [46]. La PCT apparaît dans les trois premières semaines de vie et régresse spontanément sans cicatrices en quelques semaines, en lavant le visage quotidiennement. Un traitement par topique cortisoné ou imidazolé peut être envisagé.

**Les miliaires sudorales :** sont des éruptions vésiculeuses faciales très transitoires. Les plus fréquentes chez le nouveau-né sont les miliaires cristallines. Elles sont très courantes chez les nouveau-nés ou nourrissons emmitouflés ou placés dans un environnement chaud. En effet, elles sont liées à une obstruction de l'écoulement de la transpiration et à une rupture du conduit de la glande sudoripare exocrine. Elles ne nécessitent aucun traitement si ce n'est rafraîchir l'enfant et éviter de trop le couvrir.

**Les grains de milium :** sont considérés comme un équivalent mineur d'acné néonatale. Ce sont de petits kystes épidermiques du visage, constitués de sébum et de débris cellulaires s'accumulant dans les follicules pilo-sébacés. Présents chez 50 % des nourrissons, ils surviennent dans la première semaine de vie et s'élimineront spontanément en quelques semaines [46-49].

- Traitement :

Dans la plupart des cas, aucun traitement n'est nécessaire, car les lésions régressent spontanément et sans cicatrices. Le risque d'acné à l'adolescence ne semble pas être accru, mais les données ne sont pas claires [45,46].

#### **4. Dermatite atopique (DA) :**

La dermatite atopique également appelée eczéma atopique est une dermatose inflammatoire prurigineuse chronique, évoluant par poussées. Elle représente la maladie de peau la plus fréquente chez l'enfant, mais peut s'observer à tout âge. L'augmentation de sa prévalence depuis les années 1960 en fait un véritable problème de santé publique.



La DA correspond à la manifestation cutanée de l'atopie, qui se définit comme une prédisposition génétique à présenter des réactions excessives aux allergènes de l'environnement. L'atopie est également responsable de troubles autres que cutanés comme l'asthme, la rhino conjonctivite allergique [50]. Ces pathologies peuvent être associées à la DA. Ainsi, environ 30 % des nourrissons atteints de DA présenteront un asthme à partir de 2 ans [51].

- Diagnostic positif :

Le diagnostic de cette pathologie repose sur l'interrogatoire et l'aspect clinique, qui varie selon l'âge de l'enfant. L'interrogatoire retrouve souvent des antécédents familiaux de DA, d'asthme ou de rhume des foins.

La DA est une dermatose associant des lésions érythémateuses squameuses à une sécheresse cutanée (xérose). Le prurit est constant, très intense et souvent associé à une irritabilité et/ou à une insomnie. L'aspect des lésions varie selon le moment de l'examen, c'est-à-dire lors d'une poussée ou d'une rémission. La gravité des poussées est également variable d'un enfant à l'autre.

Dès l'âge de 02 ou 03 mois, les lésions érythémateuses squameuses apparaissent sur les convexités du visage (front, joues, menton) et des membres. Elles peuvent s'accompagner d'œdèmes et de vésicules évoluant vers une desquamation ou vers la formation de plaques suintantes qui, en séchant, donnent naissance à des croûtes jaunâtres. L'état général est conservé, sans fièvre ni troubles digestifs. Les lésions peuvent s'étendre sur tout le corps, n'épargnant que la zone du siège [42].

En dehors des poussées, la peau reste très sèche en raison d'un déficit constitutionnel en céramides, constituants du ciment intercellulaire.

Après 02 ans, les poussées aiguës et suintantes deviennent plus rares. Les lésions sont localisées au niveau des plis (cou, coudes, genoux) et aux extrémités (mains, poignets, chevilles). La peau y est érythémateuse et épaissie à cause du grattage : il s'agit du phénomène de lichénification [42,50].

- Complications :

Les principales complications sont infectieuses, à savoir surinfection à staphylocoque doré (impétiginisation, parfois difficile à différencier d'une forme aiguë exsudative) ou surinfection herpétique. La peau des enfants atteints de DA est très sensible au virus de l'herpès.

Cette primo-infection herpétique sur terrain atopique peut être responsable d'un syndrome de Kaposi-Juliusberg, potentiellement très grave. Une éruption vésiculo-pustuleuse survient en quelques heures sur les lésions préexistantes d'eczéma. Ce syndrome peut également entraîner des lésions nécrotiques et hémorragiques généralisées avec atteinte de l'état général et extension possible au système nerveux central. Ainsi, la présence de lésions inhabituelles doit interroger.

- Diagnostic différentiel :

Chez le nourrisson, les principaux diagnostics différentiels de la DA sont la gale et la dermatite séborrhéique. Ensuite, quel que soit l'âge, il faut écarter un psoriasis, une gale ou un eczéma de contact [52].

- Traitement :

Le traitement, long et contraignant, vise trois objectifs :

La prise en charge des poussées inflammatoires par dermocorticoïdes (Dc).

Les Dc d'activité faible sont inefficaces dans la DA et ceux d'activité très forte ne doivent pas être utilisés chez l'enfant. Les Dc d'activité modérée sont utilisés chez l'enfant et le nourrisson, sur le visage (y compris les paupières), les plis et le siège. Les Dc d'activité forte peuvent être prescrits en cure courte (lésions très inflammatoires) ou plus prolongée (lésions lichénifiées). Ils ne sont pas recommandés chez le nourrisson de moins de 3 mois sauf exception [50].

En pratique, les corticoïdes par voie générale ne sont pas indiqués dans la DA.

Une application quotidienne suffit en général, parfois deux, selon les prescripteurs, pour limiter les démangeaisons.

Le traitement des surinfections éventuelles :

En cas de surinfection à staphylocoque doré, un traitement antibiotique par voie orale comme une bêta-lactamine peut être instauré, associé à un antibiotique local [53].

Lors d'une surinfection herpétique, une hospitalisation sera nécessaire, avec perfusion intraveineuse d'aciclovir.

La lutte contre la sécheresse cutanée par un émollient.

### **5. Dermatite séborrhéique du nouveau-né :**

La dermite ou dermatite séborrhéique (DS) du nouveau-né est plus communément appelée « croûtes de lait » dans sa forme légère ou modérée. Ces croûtes de lait sont fréquentes, bénignes et ne gênent pas le bébé. Cependant, elles sont inesthétiques et doivent être traitées afin d'éviter qu'elles ne persistent, s'étendent ou s'infectent.

Les deux facteurs responsables de cette pathologie seraient la séborrhée et la présence de la levure *Malassezia*. Le rôle du sébum n'a pas encore été clairement démontré. Ce dernier, riche en lipides, favoriserait la prolifération des levures lipophiles du genre *Malassezia* (dont il existe 7 espèces : *M. furfur*, *M. globosa*, *M. obtusa*, *M. sloffiea*, *M. sympodialis*, *M. pachydermatis*, *M. restricta*). Cette levure est saprophyte et présente chez tous les sujets, ce serait donc l'association avec une hyperséborrhée qui serait responsable de la pathologie. Le rôle de la levure serait immunogène et pro-inflammatoire plutôt qu'infectieux. Le sébum produit en excès piège les cellules mortes qui vont s'agglutiner et former ces croûtes de lait [54,55].

- Diagnostic positif :

Les lésions apparaissent en général entre 2 semaines et 3 mois. Elles se manifestent par des plaques érythémateuses recouvertes de squames épaisses, grasses, blanches ou jaunâtres, sur le sommet de la tête et en regard de la fontanelle antérieure. On les appelle communément croûtes de lait à cause de la ressemblance avec du lait qui aurait séché sur une plaque de cuisson, bien qu'il n'y ait aucun rapport avec le lait. Elles sont également sans rapport avec une hygiène insuffisante ou inadaptée.

Ces lésions peuvent s'étendre à l'ensemble du cuir chevelu et du visage. Enfin, peuvent être associés un érythème rouge vif du siège (on parle alors d'atteinte « bipolaire »), une atteinte des plis axillaires et parfois quelques éléments figurés à distance. Il n'y a pas d'altération de l'état général, pas de gêne fonctionnelle ni de prurit dans la plupart des cas. Les lésions disparaissent spontanément en quelques semaines voire quelques mois [56].

Il existe une forme particulière, beaucoup plus rare : l'érythrodermie de Leiner-Moussous. Il s'agit d'une forme étendue et extensive, survenant lors des premiers mois de la vie.

- Traitement :

L'évolution est le plus souvent spontanément favorable. Le traitement repose sur un bain quotidien avec syndet liquide (savon ou sans savon), l'application d'antiseptique pour éviter les surinfections et un traitement kératolytique de la DS du cuir chevelu. Un antifongique local peut également être utilisé [54,56].

## **6. Herpès du nouveau-né :**

L'herpès néonatal, transmis par la mère, reste rare (environ 20 cas par an), mais gravissime puisqu'il expose à la mort ou à des séquelles neuro-sensorielles. Il est dû à HSV2 dans environ deux tiers des cas. L'herpès néonatal peut être contracté par le nouveau-né de trois façons : in utero, lors de l'accouchement (cas le plus fréquent) ou pendant la période postnatale (plus rare, le responsable est le virus

HSV1, transmis par l'entourage souffrant d'une récurrence d'herpès labial). Dans la majorité des cas, la contamination lors de l'accouchement a lieu chez une femme souffrant d'herpès génital asymptomatique, révélé par l'herpès du nouveau-né.

Trois tableaux principaux peuvent s'observer : l'herpès localisé (yeux, peau, muqueuses), la méningoencéphalite et l'herpès disséminé. La mortalité est de 15 % dans les formes neurologiques et entre 40 et 70 % dans les formes systémiques. Les symptômes apparaissent entre le 5<sup>e</sup> et le 12<sup>e</sup> jour [57].

- Traitement :

Les nourrissons dont on suspecte l'infection doivent être hospitalisés et traités le plus précocement possible afin d'empêcher la dissémination de l'infection.

Le traitement se fera par aciclovir par voie intraveineuse, à la dose de 20 mg/kg toutes les huit heures, pendant 14 jours pour les formes cutanéomuqueuses et 21 jours pour les formes neurologiques ou disséminées [58].

Le syndrome de Kaposi-Juliusberg doit être diagnostiqué et traité au plus vite à l'hôpital, par aciclovir en intraveineux, à la dose de 5mg/kg toutes les huit heures pendant sept à dix jours [55].

**7. Dermite du siège :**

C'est une dermatose de la zone couverte par les couches (nouveau-né, nourrissons).

La fragilité de la région périnéofessière par : occlusion chronique par couche ou matière plastique. La macération entretenue par urine et selles, PH, frottement. La surinfection fréquente : C albicans, Strepto et Staphylocoque. Le début des lésions sur les convexités : (régions en contact avec les couches) sans déborder avec un aspect d'érythème vernissé avec squames plus ou moins au niveau du pubis, périnée, face interne des cuisses. Ces lésions disparaissent avec l'arrêt du contact des couches.

Si persistance prélèvement et recherche : bactérienne, mycologique [59].

- Traitement :

Bain antiseptique et application de l'oxyde de zinc sur les fesses matin et soir.

### **8. Mycoses cutanéomuqueuses : les candidoses**

Les mycoses cutanées sont des infections superficielles, et parfois profondes, de la peau causée par des champignons microscopiques. Ceux-ci appartiennent à trois catégories : les levures des genres *Candida* et *Malassezia*, les dermatophytes ou, exceptionnellement, les moisissures. Ces mycoses sont très fréquentes à tout âge et bénignes le plus souvent.

Actuellement, en France, ces mycoses cutanées superficielles se prennent en charge assez aisément, bien que leurs traitements nécessitent une bonne observance ainsi qu'une hygiène rigoureuse. Cette prise en charge doit être associée à l'éviction des facteurs déclenchants, pouvant être à l'origine de récurrences.

Les candidoses sont des infections opportunistes liées à des levures du genre *Candida*, dont l'espèce *albicans* est responsable de la plupart des pathologies chez l'Homme. Ce champignon est un commensal des cavités naturelles (buccale, digestive, vaginale), mais de nombreux facteurs peuvent entraîner le passage de l'état commensal à l'état pathogène.

Ces facteurs peuvent être :

- des facteurs locaux : humidité, chaleur, transpiration, manque d'hygiène, macération ;
- Des facteurs généraux : diabète, déficit immunitaire ;
- La prise de certains médicaments : antibiotiques, corticoïdes locaux ou généraux, traitements immunosuppresseurs.

Par ailleurs, *Candida albicans* est toujours pathogène sur la peau.

Chez le nourrisson, les candidoses atteignent principalement la bouche et la région génito-fessière. D'autres candidoses cutanées peuvent atteindre les plis, les espaces interdigitaux ou les ongles [60].

Candidoses buccales ou Muguet :

Le muguet se définit comme une candidose aiguë pseudomembraneuse : dépôts blancs crémeux sur fond de muqueuse érythémateuse, d'abord très adhérente puis se détachant par un raclage léger à l'abaisse-langue. Il peut s'accompagner de sécheresse de la bouche et de sensation de cuisson. Chez les nourrissons, les lésions prédominent sur la langue et la face interne des joues, gênant parfois l'alimentation. Elles peuvent également se développer sur l'oropharynx postérieur et les commissures latérales de la bouche : on parle alors de perlèche ou chéilite angulaire (inflammation cutanée localisée à la commissure des lèvres, ici secondairement infectée).

Chez la mère allaitante, la mycose peut entraîner une douleur rétro-mamelonnaire à type de piqûre en dehors de la tétée. Ceci permet ainsi de les distinguer des crevasses ou des lymphangites qui sont douloureuses pendant la tétée. Ces mycoses ne se voient pas la plupart du temps et sont diagnostiquées par la présence du muguet chez l'enfant.

Une candidose résistante, étendue ou chronique chez le jeune enfant doit faire suspecter un déficit immunitaire acquis ou héréditaire.

Le diagnostic différentiel comprend leucoplasie, leucoedème, lichen plan et nævus de Cannon [45,61].

- Traitement :

Le diagnostic est le plus souvent clinique. Le traitement chez le nourrisson et l'enfant se fait par antifongique buccal pendant une à trois semaines.

## 9. Mycoses cutanées : les dermatophyties

Les dermatophytes sont des champignons filamenteux ayant une affinité pour la kératine localisée au niveau de la couche cornée de la peau et des phanères (ongles, cheveux, poils). Ils sont absents de la flore commensale de la peau.

Ces champignons appartiennent à trois genres : *Microsporum*, *Trichophyton* et *Epidermophyton*.

Selon l'agent pathogène responsable, la transmission peut-être :

- interhumaine (espèces anthropophiles), directe ou indirecte ;
- Via les animaux (espèces zoophiles) ;
- Via l'environnement (espèces géophiles). Ils sont cosmopolites et fréquents. Leur propagation se fait par les spores, et le plus souvent par contact avec des objets souillés (linge de toilette, vêtements, chaussures...) [62]. Les facteurs favorisant ces infections sont l'humidité, les traumatismes locaux, l'occlusion des plis, l'immunodépression et le diabète [63].

- Diagnostic positif :

La lésion est circulaire, de quelques millimètres à quelques centimètres, avec une bordure très évocatrice érythémateuse vésiculo-squameuse.

La dermatophytie circinée peut atteindre n'importe quelle partie du corps, préférentiellement les zones découvertes (face, cou, mains, avant-bras, jambes), hors plis et zones pileuses. Chez le nourrisson, une atteinte fessière est possible, souvent polycyclique, transmise par les soins manuels maternels. L'atteinte est unique ou multiloculaire, selon l'agent infestant.

La caractéristique est l'aspect annulaire et la progression centrifuge alors que le centre est en voie de guérison. On l'appelle également « roue de Sainte-Catherine » [64].



- Traitement :

Le traitement se fait par antifongique local.

### **10.Pyodermites :**

Il s'agit d'infections cutanées superficielles d'origine bactérienne, favorisées par une mauvaise hygiène, contagieuse. La localisation est évocatrice surtout au visage ou elles sont péri-orificielles (péri narinaire, péri auriculaire, péri oculaire, péri buccal). Elles sont surtout fréquentes chez les enfants et peuvent être primitives ("impétigo"), ou secondaires à une dermatose sous-jacente qui s'est surinfectée, notamment du fait d'un prurit (gale, eczéma, teigne, piqûres d'insectes...). Le diagnostic de pyodermite impose donc la recherche d'une cause éventuelle.

- Diagnostic positif :

On affirme le diagnostic de "pyodermite" sur l'un ou l'autre des critères suivants : présence de croûtes jaunâtres ("couleur de miel"), de "bulles" superficielles (ressemblant à une "ampoule" ou à une brûlure superficielle), de pus, d'une plaie d'allure "sale", de signes d'inflammation locale ou régionale (chaleur, rougeur, douleur, tuméfaction, adénopathie). Ces signes peuvent être isolés, ou associés à ceux de la dermatose sous-jacente lorsqu'il s'agit d'une pyodermite secondaire.

- Traitement :

Le traitement de la pyodermite proprement dite varie selon sa gravité. On distingue :

**Les pyodermites sévères :** s'il existe l'un des critères suivants : signes d'inflammation locale ou régionale (adénopathie, fièvre), présence d'éléments nombreux (en pratique, plus de 5), présence d'au moins une lésion de grande taille (en pratique, supérieure à 2 centimètres de diamètre) [65].

**Les pyodermites bénignes :** s'il n'existe aucun des signes cités de sévérité. Le traitement des pyodermites bénignes repose en première intention sur les antiseptiques ; sont recommandés pour cet usage :

- le permanganate de potassium dilué, à la concentration à 1 pour 20.000 ou 1 pour 10.000 (diluer un sachet ou un comprimé de 0,5 g dans 5 à 10 litres d'eau).
- ou la polyvidone iodée en solution dermique à 10%. En cas d'échec de ce traitement, jugé lors d'une évaluation pratiquée à une semaine, il faut traiter comme une pyodermite sévère.

Le traitement des pyodermites sévères repose d'emblée sur une antibiothérapie orale d'une durée de 8 jours ; les antibiotiques recommandés en première intention sont :

- l'érythromycine, à la posologie de 30 mg/kg/j (2 g/j chez l'adulte)
- l'amoxicilline, à la posologie de 30 mg/kg/j chez l'adulte (2 g/j) et le grand enfant, 50 mg/kg/j chez le nourrisson.
- le traitement local est identique à celui des pyodermites bénignes. La pommade tétracycline à 3% (ou la pommade Auréomycine à 3%) peuvent compléter le traitement local en cas de croûtes. Il faut toujours évaluer l'existence éventuelle d'une dermatose sous-jacente. Ceci se fera en s'aidant des 3 autres algorithmes spécifiques ("gale", "teignes", "autres dermatoses").

Le traitement de cette dermatose se fera soit d'emblée, si la surinfection est jugée bénigne, soit après traitement de la pyodermite si celle-ci est jugée sévère.

Autres traitements possibles :

- autres antiseptiques acceptables : Bétadine dermique "jaune", solution de Millian (chlorure de méthylrosanilium et violet de gentiane), violet de gentiane à 1% en solution aqueuse (à préparer par le pharmacien).

- autres antibiotiques acceptables pour le traitement des pyodermites sévères : pénicillines du groupe M (oxacilline) (médicament de seconde intention), cotrimoxazole (troisième intention).

- cas particulier : le furoncle. Intéressant en général l'adulte, son traitement est le plus souvent uniquement local (antiseptique, pansement), et a pour but d'obtenir l'élimination du poil infecté. Une antibiothérapie orale est indiquée en cas de lésions disséminées, d'atteinte du visage, d'inflammation dépassant la zone du poil, ou d'abcédation (oxacilline, cotrimoxazole). Une incision est indiquée en cas d'abcédation [66].

### **11. Les génodermatoses :**

Les génodermatoses sont des dermatoses héréditaires monogéniques. Il existe :

#### **11.1. Albinisme :**

C'est une affection génétique résultant de mutations dans au moins 19 gènes qui affectent la production de mélanine dans la peau, les cheveux et les yeux. Il peut plus rarement être associé à des anomalies hémato-immunologiques, pulmonaires, digestives et neurologiques. Tous les porteurs d'un albinisme ont sur le plan ophthalmique un certain degré d'hypoplasie de la fovéa [67].

Diagnostic positif :

Le diagnostic d'un patient atteint d'albinisme repose principalement sur l'examen clinique, électrophysiologique (potentiels évoqués visuels) et sur l'imagerie (Tomographie par cohérence optique, Imagerie à résonance magnétique).

L'hypopigmentation est variable et doit être évaluée en fonction de la pigmentation des autres membres de la famille. L'existence d'anomalies oculaires et du système visuel est un élément indispensable au diagnostic [68]. L'examen ophthalmique met en évidence l'hypopigmentation de l'iris, une pigmentation de rétiniennne réduite qui peut permettre de visualiser en périphérie ou sur tout la surface rétiniennne, les vaisseaux de la choroïde (normalement masqués par la

couche de l'épithélium de la rétine) et une hypoplasie fovéale. Les anomalies de décussation des voies optiques au niveau du chiasma peuvent s'associer à un strabisme alternant avec une vision stéréoscopique réduite et une altération des potentiels évoqués visuels.

Un diagnostic prénatal peut être envisagé suite à la demande des parents et en fonction de la sévérité de la forme d'Albinisme, sous réserve de l'accord du CPDPN du prescripteur. Dans la pratique, le recours au diagnostic prénatal est assez rare.

Traitement :

Aucun traitement spécifique n'existe pour l'albinisme à l'heure actuelle [69]. Seules quelques mesures permettent d'atténuer les symptômes :

Photoprotection cutanée pour minimiser le risque de cancers cutanés, les individus doivent être informés sur les méthodes de photoprotection :

- port de vêtements couvrant (chemises à manches longues, pantalons longs) et limitant le passage des UV, notamment pour les vêtements d'été, et les chapeaux à larges bords.
- la photoprotection horaire (planification des activités en plein air en dehors des heures où le soleil est le plus fort)
- utilisation des écrans solaires d'indice maximal contre les ultraviolets A et B pour les zones exposées et non couvertes par les vêtements.

Traitement des complications cutanées :

Un traitement minutieux des lésions actiniques est impératif. Les atteintes cutanées peuvent être prises en charge par différentes modalités de traitement, dont la cryothérapie (prise en charge des lésions précancéreuses par la cryothérapie) ou des chimiothérapies topiques [69,70].

Protection solaire de la rétine :

La photophobie est très présente chez les patients ayant un albinisme, elle peut varier et peut être sévère (photodysphorie). Cette sévérité n'est pas corrélée avec le niveau de pigmentation oculaire ou cutanée [71].

La prise en charge comprend :

- des verres correcteurs teintés [69].
- un chapeau couvrant (à large bord)

### **11.2. Le xeroderma pigmentosum (XP) : [72]**

Le xeroderma pigmentosum (XP) est une maladie génétique héréditaire rare responsable d'une sensibilité extrême aux rayons UV (ultraviolets). S'ils ne sont pas totalement protégés de la lumière du soleil, les malades subissent un vieillissement accéléré de la peau et développent inévitablement des lésions des yeux et de la peau pouvant conduire à de multiples cancers.

Le XP affecte aussi bien les garçons que les filles, et touche toutes les populations avec une fréquence variable.

- Diagnostic positif :

Le XP se caractérise par l'apparition, dès les premiers mois de vie, de rougeurs sévères (de type coup de soleil) après une exposition, même minime, au soleil. Ces brûlures ne cicatrisent pas bien et peuvent persister plusieurs semaines. De nombreuses « taches de rousseur » apparaissent sur le visage et le cou. Néanmoins, cette sensibilité au soleil est moins évidente en hiver. La peau est généralement très sèche et fine, d'où le nom de la maladie « xeroderma », qui signifie « peau sèche ». Le terme « pigmentosum » fait référence à l'aspect très pigmenté de la peau exposée au soleil. En effet, des taches brunes irrégulières apparaissent progressivement, sur toutes les parties exposées du corps. Les expositions prolongées au soleil peuvent engendrer chez les jeunes enfants de petites taches rouges rugueuses (appelées kératoses solaires ou actiniques),

siégeant surtout sur le visage ou le cuir chevelu. Les yeux subissent sont irrités, rouges, larmoyants (conjonctivite), parfois dès les premiers mois de vie.

Dès leur plus jeune âge, certains bébés atteints supportent mal la lumière (photophobie) : ils gardent les yeux clos ou mi-clos, penchent la tête en avant pour se protéger en cas de forte luminosité.

Certains développent des troubles neurologiques ou des anomalies du développement psychomoteur.

Ce sont des lésions précancéreuses qui dégénèrent en cancer de la peau si elles ne sont pas traitées. Chez les enfants atteints de XP, l'apparition de cancers cutanés peut survenir dès l'âge de 2 ans (et généralement avant 10 ans). En l'absence de protection, la fréquence d'apparition de tumeurs cutanées est en effet 4000 fois plus élevée chez les personnes atteintes de XP que dans la population générale.

Des tumeurs peuvent également se développer sur la langue et les lèvres.

La biopsie permet de confirmer le diagnostic.

- Traitement :

Il n'existe actuellement aucun traitement permettant de guérir cette maladie. Le seul moyen de prévenir l'apparition des lésions cutanées et des cancers est d'éviter au maximum et en permanence l'exposition à la lumière du jour (c'est-à-dire éviter les sorties entre 8h et 18h).

### **11.3. Les épidermolyses bulleuses héréditaires (EBH) :**

Les épidermolyses bulleuses héréditaires (EBH) sont des génodermatoses rares caractérisées cliniquement par une fragilité épithéliale conduisant à la formation de bulles et d'érosions cutanées (et parfois muqueuses) par clivage entre l'épiderme et le derme. Elles touchent environ un nouveau-né sur 20 000. Leur gravité est très variable, allant d'une gêne mineure à des formes rapidement incompatibles avec la vie en passant par des affections responsables de handicaps

très graves par les complications infectieuses, nutritionnelles, cicatricielles et fonctionnelles, voire viscérales, qu'elles entraînent.

La classification est clinique :

- les EB épidermolytiques ou simples sont caractérisées par un clivage intraépidermique ;
- les EB jonctionnelles (EBJ) ont un clivage situé à la jonction dermoépidermique au sein de la membrane basale ;
- les EB dermolytiques ou dystrophiques (EBD) ont un clivage situé sous la membrane basale épidermique [73].

La biopsie permet de poser le diagnostic de certitude.

Il n'existe actuellement aucun traitement médical, mais certaines mesures permettent leur diminution. Il faut éviter toute manipulation brutale, utiliser des vêtements amples ; les couches de préférence en coton doivent être rembourrées aux zones de friction ; les chaussures doivent être larges et souples. L'environnement doit aussi être adapté de façon à limiter au maximum les traumatismes (moquette, rembourrage des coins des meubles, jouets souples, atmosphère non surchauffée). En cas de lésions buccales, les tétines doivent être adaptées, et l'alimentation doit être liquide ou semi-liquide. À l'âge scolaire, l'activité sportive n'est pas conseillée. L'orientation vers un métier non manuel doit être envisagée tôt.

#### **11.4. Ichtyoses :**

Les ichtyoses sont des maladies cutanées héréditaires et monogéniques apparaissant durant les premiers mois ou les premières années et persistant toute la vie. Ces anomalies héréditaires de la kératinisation forment un groupe hétérogène de maladies caractérisées par l'accumulation de squames épidermiques avec ou sans hyperprolifération épidermique ou inflammation du

derme. Leur classification a donné lieu à de nombreuses discussions nosologiques [74-77]. Ils se manifestent par une érythrodermie avec des squames fines et blanches. Il existe :

- Ichtyose congénitale qui est présente dès la naissance.
- Ichtyose isolée et/ou complexe associée à d'autres syndromes.

La transmission génétique du défaut (dominante autosomique, récessive autosomique, dominante liée au sexe, récessive liée au sexe).

Le traitement des ichtyoses dépend de leur intensité.

### **11.5. Le bourgeon ombilical (botriomycome) :**

La pathologie dermatologique du cordon et de l'ombilic est dominée par les infections.

La présence de bourgeon témoigne d'une cicatrisation hyperplasique ; ils peuvent être traités par application de nitrate d'argent. Dans les formes atypiques, une échographie abdominale sera réalisée afin d'écarter un kyste omphalo mésentérique ou plus rarement un diverticule de l'ouraque. Un œdème, un érythème, voire un début de décollement bulleux signale une surinfection essentiellement staphylococcique. Dans les candidoses congénitales, le cordon est parsemé de nodules blanchâtres, correspondant à des granulomes fongiques. Les tumeurs, kystes et hématomes du cordon sont rares. Un retard à la chute du cordon peut être le premier signe d'un trouble congénital de l'adhésion leucocytaire.



# Méthodologie

## **Méthodologie :**

### **1. Type d'étude :**

Il s'agit d'une étude transversale descriptive portant sur les dermatoses chez les nouveau-nés vus au Csref de la Commune V de Bamako.

### **2. Cadre d'étude :**

L'étude s'est déroulée dans le service de pédiatrie du Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako.

#### **2.1. Description du centre :**

Le Centre de Santé de Référence de la Commune V est situé au quartier Mali, l'un des 8 quartiers de la commune V du District de Bamako. La commune V couvre une superficie de 41,59 Km<sup>2</sup>. Elle est limitée au nord par le fleuve Niger, au Sud-Ouest par Kalaban coro cercle de Kati, à l'Est par la commune VI du District de Bamako. En 1982 fut créé le centre de santé de la commune V (avec appellation service socio sanitaire de la commune V ; en regroupement avec le service social de la Commune V). Créé avec un plateau minimal pour assurer les activités courantes, dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé ; le Gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé dans chaque commune du District de Bamako. Ceci dans le cadre de la politique sectorielle de santé et de population, conformément au plan de Développement Socio Sanitaire des communes (PDSC). Ainsi, la carte sanitaire de la commune V a été élaborée pour dix (10) aires de santé c'est-à-dire la création de 10 CSCCom (Centres de Santé Communautaires) dans la Commune V ; sur les dix aires de santé, 9 CSCCom sont fonctionnels et le centre de Santé a été restructuré. Toujours dans le cadre de la politique sectorielle ; en 1993 le Centre de Santé de la Commune V a été choisi pour tester le système de Référence décentralisée et ceci a été couronné de succès surtout avec l'équipement du bloc opératoire. Le centre a été alors nommé centre pilote du District de Bamako. C'est à partir de ce succès que le système de référence a été instauré dans les autres communes et le centre de santé de la

commune V est devenu Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako. Actuellement le CSREF CV compte plusieurs services et unités qui sont :

➤ Liste des services du centre de santé de référence de la commune V :

- Gynécologie obstétrique ;
- Ophtalmologie ;
- Odonto – stomatologie ;
- Médecine ;
- Pédiatrie ;
- Rhumatologie ;
- Dermatologie.

➤ Liste des unités du centre de santé de référence de la commune V :

- Bloc opératoire ;
- Hospitalisation Bloc opératoire ;
- Radio
- Échographie ;
- Labo – Pharmacie ;
- Ressources humaines ;
- SIS (Système d'Information Sanitaire) ;
- Brigade d'Hygiène et assainissement ;
- Comptabilité ;
- Maternité (CPN, PF, Suites de couches, PEV, césarienne, SAA)

- ORL ;
- Dépistage et Tuberculose et Lèpre ;
- USAC.

## **2.2. Description du service de Pédiatrie :**

Le service de pédiatrie du Centre de Santé de Référence de la commune V, depuis le mois d'aout 2019, est logé dans un nouveau bâtiment construit à 2 niveaux avec une annexe située à l'extrême Sud- Est dans le dit centre.

### **La Pédiatrie générale** comprend :

Au rez-de-chaussée :

- sept (7) salles d'hospitalisation avec 2 salles VIP et une (1) salle d'observation avec 29 lits au total équipée de circuit d'oxygène ;
- Une (1) salle de réanimation qui comporte 5 lits ;
- Deux (2) salles de consultation ordinaire qui comporte 2 tables de consultation par salle ;
- Une (1) salle de soins externes qui comporte 2 tables de soins ;
- Un (1) bureau pour le médecin (pédiatre responsable de la pédiatrie générale) à l'étage ;
- Une (1) salle de garde des infirmeries ;
- Un (1) bureau pour le major ;
- Un (1) bureau pour CVD-MALI.

En annexe :

### **L'Unité de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Intensive (URENI) :**

- ♣ un (1) bureau URENI qui sert de bureau pour le major ;

♣ Deux (2) salles d'hospitalisation qui comportent 10 lits au total et une bouche d'oxygène par salle ; un (1) bureau pour le médecin (médecin responsable de l'URENI) à l'étage ;

**La néonatalogie** à l'étage comprend :

♣ une (1) grande salle d'hospitalisation équipée de circuit d'oxygène ; 5 couveuses (incubateurs) ; 10 lits dont 8 lits spéciaux bébés et 2 lits ordinaires ; 3 tables de réanimation avec plaque chauffante ; 2 appareils de photothérapies ; 20 barbotières et deux (2) aspirateurs électriques.

♣ Une (1) salle kangourou qui comporte 6 lits ;

♣ Une (1) salle de consultation externe servant aussi de consultation de suivi des nouveau-nés ;

♣ Une (1) salle de garde des infirmières ;

♣ Une (1) salle des soins externes de nouveau-nés ;

♣ Un bureau pour le major ;

♣ Deux (2) bureaux pour les médecins (pédiatres responsables de la néonatalogie). En plus de ces salles, il existe : un (1) bureau pour le médecin pédiatre responsable du service « Chef de service » ; un (1) bureau pour les étudiants faisant fonction d'internes ou thésards et une grande salle de réunion.

### **3. Population d'étude :**

Il s'agit de tous les nouveau-nés vus au Csref de la commune V dans le service de Pédiatrie entre le 1<sup>er</sup> juillet 2021 au 31 décembre 2021.

- Un nouveau-né désigne un enfant de sa naissance jusqu'à ses 28 jours.
- Les dermatoses sont des affections cutanéomuqueuses et/ou phanériennes indépendamment de leur cause.

- Notion de mariage consanguin : Le 1<sup>er</sup> degré concerne le mariage entre cousins directs. Le 2<sup>e</sup> degré concerne les cousins indirects.

#### **4. Critères d'inclusions :**

Tous les nouveau-nés vus dans le service de pédiatrie du Csref de la commune V présentant une dermatose avec le consentement d'un seul ou des 2 parents.

#### **5. Critères de non-inclusions :**

Les parents non consentants.

#### **6. Recrutement et collecte des données :**

Les patients seront recensés au niveau du service concerné (au cours de la consultation externe et exploitation du registre de consultation) le dermatologue a examiné nos cas pour poser le diagnostic et ces données sont recueillis sur une fiche d'enquête.

#### **7. Variables à étudier :**

Les données sociodémographiques, les données cliniques, les antécédents obstétricaux.

#### **8. Analyse des données :**

Les données sont analysées par le logiciel Épi info 7.0 et le logiciel Excel.

#### **9. L'éthique :**

L'anonymat est garanti et la participation de l'étude ne présente pas de danger pour les participants, car il n'y a pas de prélèvement et l'adhésion est volontaire.

#### **10. Bénéfice :**

Les participants ont bénéficié de l'expertise des dermatologues et ont reçu une prise en charge adaptée.

# Résultats

**Résultats :**

Pendant la période d'étude du 1<sup>er</sup> juillet 2021 au 31 décembre 2021, nous avons enregistré 725 consultations néonatales à la pédiatrie du Csref de la Commune V parmi elles 103 représentaient des lésions dermatologiques soit 14,25% des consultations.

**1. Caractéristiques sociodémographiques :**

✓ Âge :

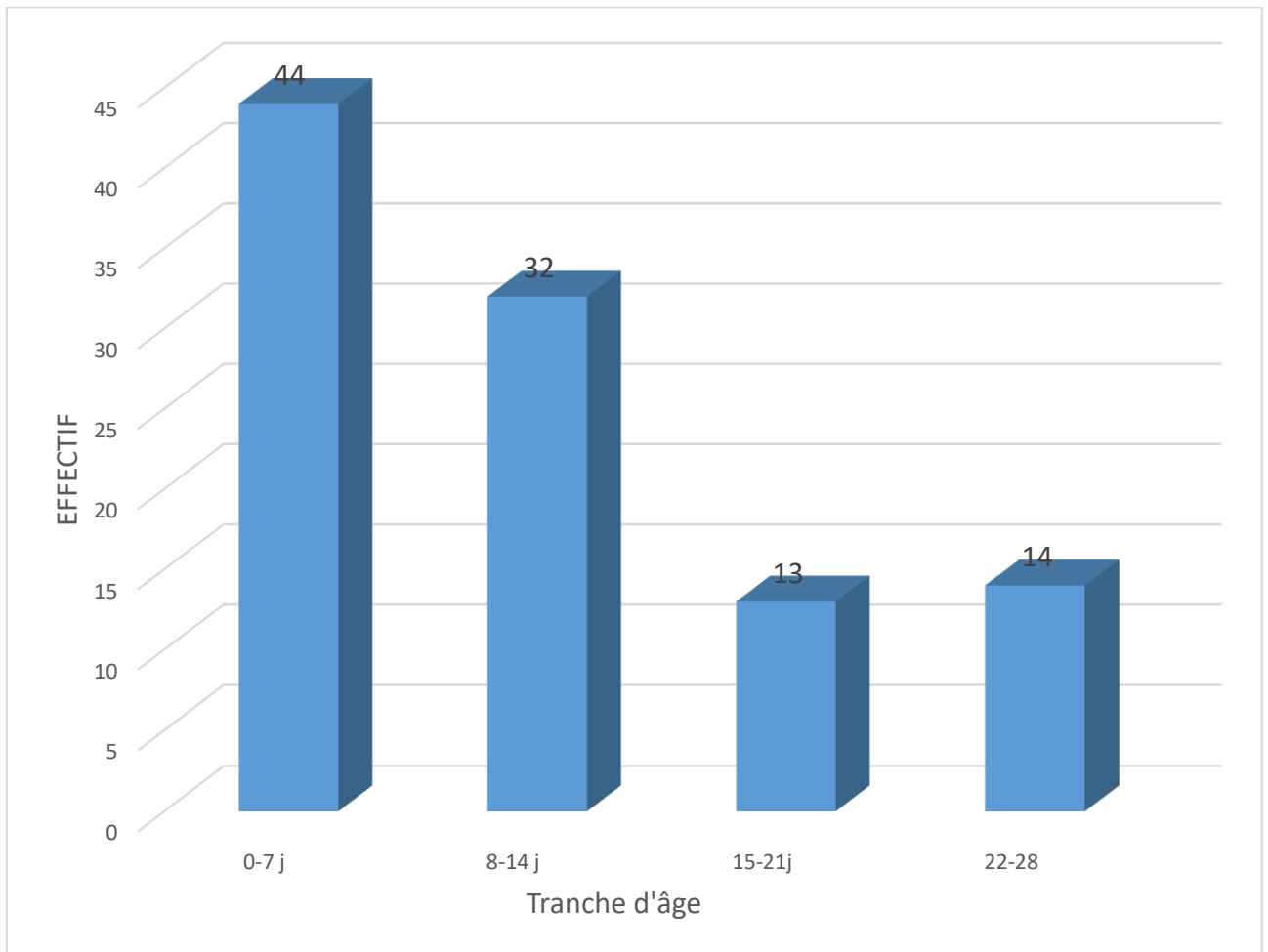


Figure 2 : Répartition de l'échantillon selon la tranche d'âge.

L'âge moyen était de 10,58 jours avec des extrêmes de 0 à 28 jours.



✓ Sexe

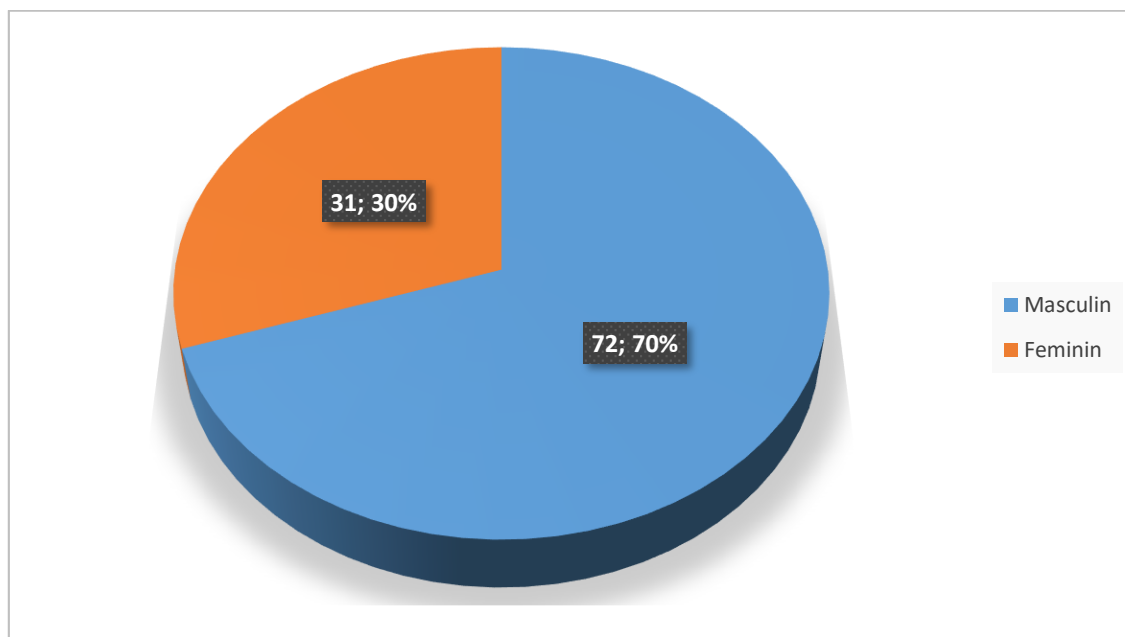


Figure 3 : Répartition de l'échantillon selon le sexe.

Le sexe masculin représentait 70% de l'échantillon avec un sex-ratio de 2,32

✓ Résidence :

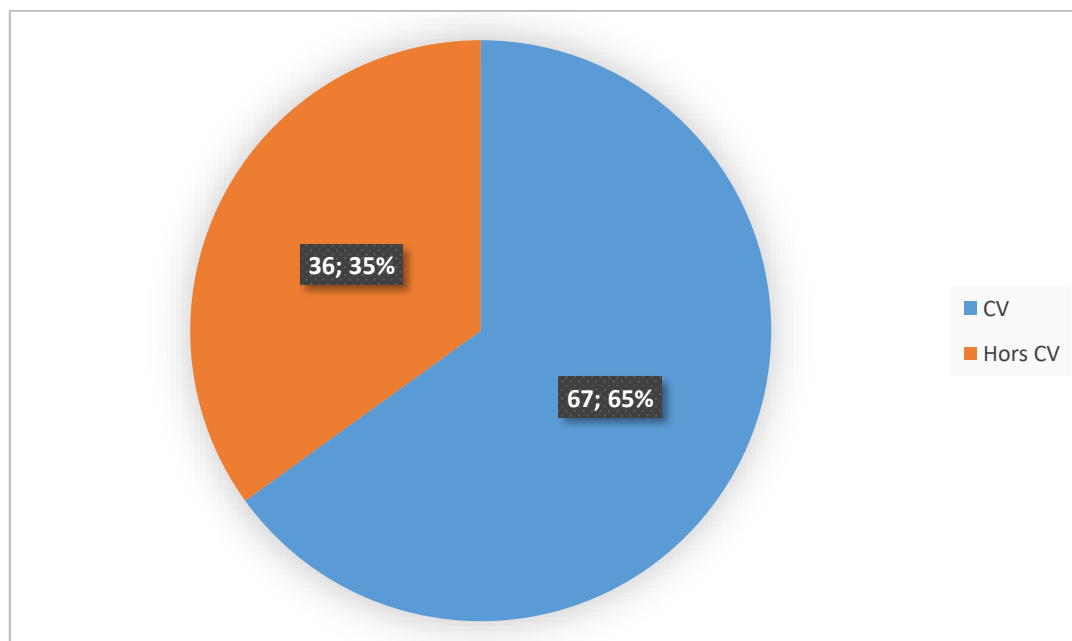


Figure 4 : Répartition de l'échantillon selon la résidence.

La commune V représentait 65% des consultations soit 67 nouveau-nés.

**2. Données cliniques**

✓ **Antécédents :**

Tableau I : Répartition de l'échantillon selon le poids de naissance.

<b>Poids</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Hypotrophe (&lt;2500g)</b>	21	20,39
<b>Eutrophe (2500g-3950g)</b>	<b>81</b>	<b>78,64</b>
<b>Macrosome (&gt;3950g)</b>	1	0,97
<b>Total</b>	103	100

Les nouveau-nés avaient un poids compris entre 2500g et 3950g.

Tableau II : Répartition de l'échantillon selon l'accouchement à terme.

<b>Terme</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Prématurité</b>	10	9,71
<b>À terme</b>	<b>92</b>	<b>89,32</b>
<b>Post terme</b>	1	0,97
<b>Total</b>	103	100

La grossesse était à terme dans 89,32%.

Tableau III : Répartition de l'échantillon selon la notion de mariage consanguin.

<b>Consanguinité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>1<sup>er</sup> degré</b>	<b>22</b>	<b>21,36</b>
<b>2e degré</b>	5	4,85
<b>Absent</b>	<b>76</b>	<b>73,79</b>
<b>Total</b>	103	100

La notion de consanguinité au 1<sup>er</sup> degré était retrouvée chez 21,36%.

Tableau IV : Répartition de l'échantillon selon les ATCD médicaux des parents.

N=103

<b>ATCD Médicaux</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Atopie</b>	70	67,96
<b>Diabète</b>	3	2,91
<b>HTA</b>	1	0,97
<b>Mère séropositive</b>	2	1,94
<b>Mère AgHbS positive</b>	1	0,97
<b>Rien à signaler</b>	26	25,24
<b>Total</b>	103	100

La notion d'atopie familiale représentait 67,96%.

Tableau V : Répartition de l'échantillon selon le niveau d'étude des parents.

<b>Parents</b>	<b>Mère</b>		<b>Père</b>	
	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Scolarisé</b>	75	<b>72,81</b>	81	<b>78,64</b>
<b>Non scolarisé</b>	28	27,18	22	21,36
<b>Total</b>	103	100	103	100

Les mères étaient scolarisées à 72,81% tandis que les pères à 78,64%.

Tableau VI : Répartition de l'échantillon selon la nature des lésions élémentaires observées. N=103

<b>Nature des Lésions</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Macule</b>	<b>31</b>	<b>30,1</b>
<b>Papule</b>	12	11,65
<b>Nodule</b>	14	13,59
<b>Bulle</b>	5	4,85
<b>Pustule</b>	2	1,94
<b>Érythème</b>	6	5,83
<b>Squames</b>	4	3,88
<b>Lésions polymorphes(macule+papule ; pustule+érythème ; macule+squames)</b>	<b>29</b>	<b>28,16</b>
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100</b>

Les macules avec 30,1% constituaient les lésions élémentaires isolées les plus retrouvées cliniquement.

Tableau VII : Répartition de l'échantillon selon la localisation des lésions.

<b>Localisation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Tête</b>	28	27,18
<b>Plis</b>	7	6,80
<b>Tronc</b>	16	15,53
<b>Membres</b>	<b>33</b>	<b>32,04</b>
<b>Tout le corps</b>	19	18,45
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100</b>

Les membres étaient les localisations les plus fréquentes dans 32,04%.

Tableau VIII : Répartition de l'échantillon selon le diagnostic clinique.

Diagnostic	Effectif	Pourcentage
Tache mongolique	<b>26</b>	<b>25,24</b>
Dermatite séborrhéique	<b>7</b>	<b>6,80</b>
Dermite de siège	<b>7</b>	<b>6,80</b>
Impétigo	<b>10</b>	<b>9,71</b>
Dermatite atopique	<b>4</b>	<b>3,88</b>
Grain de milium	<b>12</b>	<b>11,65</b>
Angiome plan	<b>2</b>	<b>1,94</b>
Bulle de succion	<b>5</b>	<b>4,85</b>
Xérose	<b>4</b>	<b>3,88</b>
Dermatophytie	<b>1</b>	<b>0,97</b>
Botriomycomes( bourgeon )	<b>9</b>	<b>8,74</b>
Dermatose provoquée	<b>8</b>	<b>7,76</b>
Candidose buccale	<b>2</b>	<b>1,94</b>
Lipome	<b>1</b>	<b>0,97</b>
Cutis marmorata	<b>1</b>	<b>0,97</b>
Lentiginose	<b>2</b>	<b>1,94</b>
Malformation(Omphalocèle)	<b>1</b>	<b>0,97</b>
Ichtyose congénitale	<b>1</b>	<b>0,97</b>
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100</b>

La tache mongolique représentait le diagnostic le plus fréquent avec 25,24%.

Tableau IX : Répartition des nouveau-nés selon les dermatoses infectieuses.

<b>Dermatoses infectieuses</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Dermatophytie peau glabre</b>	1	5
<b>Dermatite séborrhéique</b>	7	35
<b>Impétigo</b>	10	50
<b>Candidose buccale</b>	2	10
<b>Total</b>	20	100

L'impétigo représentait la dermatose infectieuse la plus fréquente avec 50%.

Tableau X : Répartition des nouveau-nés selon les dermatoses immunoallergiques et inflammatoire.

<b>Immunoallergiques</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Dermatite atopique</b>	4	26,67
<b>Dermite de siège</b>	7	46,66
<b>Xérose</b>	4	26,67
<b>Total</b>	15	100

Les dermites de siège représentaient 46,66% de la dermatose inflammatoire.

Tableau XI : Répartition des nouveau-nés selon les dermatoses traumatiques.

<b>Dermatoses traumatiques</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Dermatoses provoquées par frottement	<b>5</b>	<b>38,46</b>
Bulle de succion	<b>5</b>	<b>38,46</b>
Bosse séro sanguine à la naissance	<b>3</b>	<b>23,08</b>
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

Les dermatoses provoquées : abcès mammaires, nécrose et ulcération par perforation de voies veineuses.

Tableau XII : Répartition des nouveau-nés en fonction des génodermatoses.

<b>Génodermatoses</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Ichtyose congénitale</b>	1	3,45
<b>Lentiginose</b>	2	6,90
<b>Tache mongolique</b>	26	89,65
<b>Total</b>	29	100

La tache mongolique était la génodermatose la plus retrouvée avec 89,65%.

Tableau XIII : Répartition des nouveau-nés en fonction des tumeurs et malformations.

<b>Tumeur/Malformation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Angiome plan</b>	2	15,39
<b>Botriomycome ( Bourgeon)</b>	9	69,23
<b>Omphalocèle</b>	1	7,69
<b>Cutis marmorata</b>	1	7,69
<b>Total</b>	13	100

Le botriomycome représentait 69,23% des tumeurs.

Tableau XIV : Répartition des nouveau-nés en fonction de l'attitude thérapeutique.

<b>Traitement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Antifongique</b>	11	10,68
<b>Corticothérapie</b>	10	9,71
<b>Antibiothérapie</b>	10	9,71
<b>Émollient</b>	17	16,50
<b>Antiseptique</b>	6	5,83
<b>Crayon au nitrate d'argent</b>	9	8,74
<b>Vitamine K1 injectable</b>	3	2,91
<b>Abstention thérapeutique et Surveillance</b>	37	35,92
<b>Total</b>	103	100

La surveillance était dans 39,92% concernait : les taches mongoliques, les lentiginoses, l'angiome plan et le cutis marmorata.



# Iconographie

**Iconographie :**



Photo 1 Pr Adama A Dicko

Nouveau-né de 14 jours atteint de grain de milium : présence de petits kystes épidermiques blanchâtres au niveau du visage.



Photo 2 Dr Mariam Diarra

Nouveau-né de 12 jours présentant une pyodermite : multiple lésions pustuleuses sur un fond érythémateux et des lésions érosive par endroit.



Photo 3 Dr Mariam Diarra

Image de Lentiginose chez un nouveau-né de 1 jour.

Présence de petites taches hyper pigmentées (taches café au lait) congénitales lenticulaires de 1 à 3 mm de diamètre à limites nettes et à surface lisse sur tout le corps.



Photo 4 Pr Adama A Dicko

Image d'un nouveau-né à J0 de vie avec une tache mongolique.

Taches café au lait associé à des lésions hyper pigmentées au niveau de la région lombo sacrée ou les fesses.





Photo 5 Dr Mariam Diarra

Image d'un nouveau de 27 jours atteint de dermatophytie : lésions érythémato-squameuse ovale d'évolution centrifuge avec bordure active



Photo 6 Pr Adama A Dicko

Nouveau-né présentant un traumatisme de contact : lésions érythémateuses nécrotiques par endroit avec des érosions dues au toucher vaginal pendant le travail d'accouchement.

# Commentaires et discussion



## **Commentaires et Discussion :**

**1. Méthode :** Nous avons mené une étude transversale au Csref de la commune V dans le service de la Pédiatrie du 1<sup>er</sup> juillet 2021 au 31 décembre 2021. Le diagnostic des dermatoses chez le nouveau-né était clinique. Nous avons inclus 103 patients sur 725 consultations pendant six (6) mois soit 14,21% atteints de dermatoses.

Le lieu de l'étude constituait une limite de ce travail, car réaliser dans le seul service de pédiatrie.

Cependant ce travail nous a permis de décrire les dermatoses chez les nouveau-nés au Csref de la commune V premier du genre.

**2. Données générales :** La provenance de nos patients était majoritairement de la commune V avec un sexe masculin prédominant. La population moins de 7 jours était la plus notée. Les prématurés constituaient moins 1/10<sup>ième</sup> de l'effectif total. La plupart des antécédents médicaux étaient la notion d'atopie familiale (67,96%). L'éruption cutanée était le principal motif de consultation et dominée par les lésions maculeuses. La topographie des lésions était préférentiellement au niveau des membres suivis des lésions au niveau de la tête. Les principaux diagnostics retenus ont été de : les tâches mongoliques, les grains de milium et les impétigos. L'attitude thérapeutique la plus adoptée a été l'abstention thérapeutique et la surveillance des nouveau-nés.

## **3. Les données épidémiologiques**

### **L'âge**

L'âge des patients de notre étude variait de 0 à 28 jours avec une moyenne d'âge de 10,58 jours et la tranche d'âge de 0-7 jours était la plus représentée avec 42,71% suivie de la tranche d'âge de 8-14 jours soit 31,07% puis 22-28 jours soit 13,59%.

## **Le sexe**

Nous avons enregistré une prédominance masculine avec (72H/31F) soit un sex-ratio de 2,32. Ces résultats étaient comparables à l'étude de Sarambounou au Mali [4] et celle du Burkina qui avaient retrouvé une prédominance masculine avec respectivement 51% et 50,5%. Mais ces études ont été réalisées chez les nourrissons contrairement à notre étude qui est uniquement réalisée chez les nouveau-nés.

## **Les antécédents**

Les principaux antécédents personnels des nouveau-nés étaient la prématurité, la souffrance fœtale et l'hypotrophie. Cette tendance est rapportée par plusieurs études réalisées chez les nouveau-nés [78,79]. Selon la littérature la présence de ces antécédents multiplierait le risque de survenue des dermatoses chez les nouveau-nés ; du fait de l'immaturité de système de défense et la fragilité de la peau vis-à-vis de son environnement [78]. Les antécédents familiaux étaient dominés par l'atopie familiale et la consanguinité. Cet état de fait n'est pas rapporté par les études [78,79]. Ceci pourrait s'expliquer par le lieu des études dont la plupart étaient réalisées en Europe. La forte proportion de cas d'eczéma chez les atopiques s'explique par leur prédisposition naturelle aux allergies multiples [79].

## **La clinique**

L'éruption cutanée était le principal motif de consultation chez nos cas. Ceci est similaire avec les données de la littérature [12,15,16,18,19]. Contrairement aux études réalisées chez les nourrissons dont le prurit était le premier motif de consultation. Dans une série bamakoise Sarambounou et all ont rapporté 52,7% de cas de prurit comme motif de consultation et au Togo il était également le premier motif de consultation rapporté par Tchagai-Walla [80].

## **Le diagnostic**

Dans notre série les principaux diagnostics retrouvés ont été une tache mongolique chez 25,24% des nouveau-nés, un grain de milium chez 11,64% des nouveau-nés et un impétigo chez 9,71% des nouveau-nés. La majorité des nouveau-nés avaient une dermatose bénigne et transitoire. Ces résultats sont en accord avec ceux de la littérature. Ceci s'explique pendant le premier mois de vie, la quantité de sébum est comparable à celle d'un adulte. En effet, les glandes sébacées du fœtus sont stimulées par les androgènes maternels avant la naissance [12,15,16,18,19]. Nos pratiques culturelles favoriseraient généralement l'apparition de certaines dermatoses telle que les dermatoses infectieuses par le lavage systématique des nouveau-nés juste après la naissance qui enlève complètement le vernix caseosa tandis que ce vernix est l'une de barrière de protection contre les infections néonatales [81]. Nos pathologies retrouvées étaient différentes à celles retrouvées chez les nourrissons et chez les grands enfants. Au Mali une étude réalisée chez les nourrissons a rapporté la dermatose immunoallergique qui était le premier diagnostic suivi les dermatoses infectieuses et les toxidermies [4]. Dans notre série certaines dermatoses fréquentes chez les nouveau-nés n'ont pas été retrouvées dans notre étude telle que le syndrome d'épidermolyse staphylococcique qui est fréquemment décrit dans la littérature étant l'étiologie des dermatoses chez les nouveau-nés [12,15,16,18,19]. Ceci pourrait s'expliquer par le mode de recrutement des patients, car l'étude a été menée dans un centre de référence de la capitale qui n'a pas par vocation de la prise en charge de la maladie de la peau [41].

## **Le traitement**

L'abstention thérapeutique et la surveillance des lésions étaient la conduite à tenir la plus utilisée. Cette attitude était observée dans plusieurs études dans le monde [41,81,53]. Cette attitude d'abstention thérapeutique était motivée par la bénignité de la plupart des dermatoses retrouvées comme la tache mongolique [53].

# Conclusion

**Conclusion :**

Les dermatoses chez les nouveau-nés sont un motif fréquent de consultation en milieu pédiatrique. Les manifestations dermatologiques sont multiples et variées. Une meilleure connaissance de ces affections permettra de réduire les bilans complémentaires et rationaliser la prise en charge.

Une étude multicentrique dans les maternités pour un examen systématique des nouveau-nés va permettre une meilleure connaissance de ces affections.

# Recommandations

**Recommandations :**

À l'issue de ce travail, nous formulons les recommandations suivantes :

**À la population**

- De respecter les mesures d'hygiène.
- D'appliquer de l'alcool sur le cordon ombilical.
- De favoriser les vêtements en coton plutôt que ceux en synthétiques.
- D'éviter l'automédication.
- De consulter en cas de problème cutané.
- De faire une bonne observance thérapeutique.

**Aux personnels de santé**

- Aux sages-femmes de faire attention aux manœuvres abusives.
- De référer toute pathologie dermatologique nécessitant un spécialiste.

**Aux autorités sanitaires et politiques**

- De faire une DUI de dermato-pédiatres.
- D'améliorer la relation interdisciplinaire entre la dermatologie et la pédiatrie.
- D'ouvrir une unité de dermato-pédiatrie.

# Références



**Références :**

1. Cohen BA. Dermatologie néonatale. Dans : Dermatologie Pédiatrique. Cohen BA, éditeur, 3<sup>e</sup> éd. Philadelphie : Elsevier Mosby ; 2005, p. 15-16.
2. B. Prindaville, Rj Antaya, EC Siegfried. Dermatologie pédiatrique : passé, présent et futur. *Pediatr Dermatol*, 32(2015), pp. 1-12  
<http://dx.doi.org/10.1111/pde.12362>
3. Fraitag S. La peau du nouveau-né : du physiologique au pathologique. SNDPH 2011, Paris le 24/06/2011
4. Sarambounou D. Etude des dermatoses chez les nourrissons en consultation dans le service de dermatologie du CNAM. USTTB [Thèse de Med]. 2015; p113. <https://www.bibliosante.ml>
5. Cribier B, Grosshans E. Histologie de la peau normale et lésions histopathologiques élémentaires. *Encycl Med Chir*. 98-085-A-10, 2002, 16p
6. Rassner, G. Dermatologie : manuel et atlas. Paris : Maloine, 2006. p. 502.
7. Cohen, B.A. Dermatologie pédiatrique. Paris : Editions Med'com, 2007. p. 273.
8. Dreno, B. Anatomie, immunologie de la peau et de ses annexes. *Annales de dermatologie et de vénéréologie*. 2008, Vol. 135, pp. 149-152.
9. Dermato-info.fr. Un organe multi-fonction. Le site d'information de la Société française de dermatologie. [En ligne] [Citation : 19 septembre 2013.] [http://dermatoinfo.fr/article/Un\\_organe\\_multifonction](http://dermatoinfo.fr/article/Un_organe_multifonction).
10. Ledreney-Grosjean, L. ABC...du conseil dermocosmétique en pharmacie. RueilMalmaison : Le Moniteur des Pharmacies, 2012. p. 234.
11. Marty, J.P. NMF et cosmétologie de l'hydratation cutanée. *Annales de dermatologie et de vénéréologie*. 2002, Vol. 129, pp. 131-136.
12. Stalder, J. F. Les soins de la peau du nouveau-né. *Archives de pédiatrie*. 2006, Vol. 13, pp. 2-5.

13. Martini, M.C. Introduction à la dermopharmacie et à la cosmétologie, 3e édition. Paris : Technique et Documentation, 2011. p. 500.
14. Bodak, N., Bodemer, C. Hydratation de la peau du nouveau-né, du prématuré. Annales de dermatologie et de vénéréologie. 2002, Vol. 129, pp. 143-146.
15. Taieb, A., Enjolras, O., Vabres, P. et al. Dermatologie néonatale. Paris : Maloine, 2009. p. 303.
16. Lorette, G., Lacour, J.P. Dermatologie pédiatrique. Rueil-Malmaison : Doin Editeurs, 2007. p. 205.
17. Machet, L, Vaillant, L, Lorette, G. La peau du nouveau-né. Annales de dermatologie et de vénéréologie. 1999, Vol. 126, pp. 918-920.
18. Estrade, M.N. Conseil en cosmétologie, 2e édition. Rueil-Malmaison : Wolters Kluwer, 2006. p. 341.
19. Beylot, G. Les cosmétiques adaptés au nourrisson. Actualités Pharmaceutiques. 2012, 515, pp. 53-56.
20. Crickx, B. Lésions élémentaires dermatologiques. Annales de dermatologie et de vénéréologie. 2005, Vol. 132, pp. 75-88.
21. Lipsker, D. Sémiologie cutanée. AKOS (Traité de médecine). 2010, pp. 1-9.
22. Bonnet Blanc JM, Bedane C. Purpuras. Encycl Med Chir. (Paris), Dermatologie, 12270 A-10, 1991, 6 P.
23. Enjolras O. Angiomes : hémangiomes et malformations vasculaires. Encycl Med Chir. (Elsevier, paris), Dermatologie, 12-715-A-10, 1996, 9 P.
24. Enjolras O. Angiomes. dans : Dubertret L. Thérapeutique dermatologique. Paris: flammariion, 1991:54-59.
25. Lemarchand-Venencie F. Angiomes. dans : Saurat JH, Laugier P, Grosshans E, Lachapelle JM, eds. Dermatologie et Venerologie. 2e edition. Paris Milan Barcelone Mexico : masson, 1990:426-434.
26. Moulin G. Leçons de dermatologie. Villeurbanne : simep, 1974 : 107P.

27. Raynaud F, Calza AM. Tumeurs cutanées de l'enfant. *Encycl Med Chir.* (Paris-France), *Pediatrie*, 4113 D-20, 2-1990, 14 P.
28. Kwok CS, Gibbs S, Bennett C, Holland R, Abbott R, Topical treatments for cutaneous warts, *Cochrane Database Syst Rev*, 2013 ;9 :CD001781
29. Daniel F. *Dictionnaire de dermatologie.* Paris Milan Barcelone Mexico : masson, 1990:731 P.
30. Friedel J, Heid E, Dallara JM, Grosshans E. Naevus pharmacologiques ou fonctionnels. *Ann Dermatol Venerol* 1991 ; 72:55-57.
31. Achten G, Ledoux-Corbusier M. Naevus mélanocytaires et mélanomes malins. dans : Saurat JH, Laugier P, Grosshans E, Lachapelle JM, eds. *Dermatologie et Venerologie.* 2è édition. Paris Milan Barcelone Mexico: masson, 1990:575-580.
32. Cribier B, Grosshans E. Histologie de la peau normale et lésions histopathologiques élémentaires. *Encycl Med Chir. (Paris), Dermatologie*, 12-220- A-10, 1994, 9 P.
33. Ortonne JP. Les troubles de la pigmentation cutanée. dans : Saurat JH, Laugier P, Grosshans E, Lachapelle JM, eds. *Dermatologie et Vénérologie.* 2è édition. Paris Milan Barcelone Mexico : masson, 1990:401-422.
34. Jacobs AH, Walton RG. The incidence of birthmarks in the neonate. *Pediatrics* 1976;58:218-222.
35. Ortonne JP, Brocard E, Floret D, Perrot H, Thivolet I. Valeur diagnostique des taches café-au-lait (T.C.L.). *Ann Dermatol Venerol* 1980;107:313-327.
36. Karvonen SL, Vaajalahti P, Marenk M, Janas M, Kuokkanen K. Birthmarks in 4.346 Finnish newborns. *Acta Derm Venerol (Stockh)* 1992;72:55-57.
37. Alper JC, Holmes LB, Walton RG. The incidence and significance of birthmarks in a cohort of 4.641 newborns. *Pediatric Dermatology* 1983;1:58-67.

38. Larrègue M, Prigent F, Grosshans E. Neurocristopathies. dans : Saurat JH, Laugier P~ Grosshans E, Lachapelle IM, eds. *Dennatologie et Venerologie*. 2e edition. Paris Milan Barcelone Mexico: masson, 1990:442-447.
39. Bonerandi JJ, Grob JJ. Naevus mélanocytaires (Prise en charge des ). dans : Dubertret L. *Therapeutique Dermatologique*. Paris : flammariion, 1991 :399-401.
40. Hizawa K, Lida M, Matsumoto T, Korhogi N, Kinoshita H, Yao T. et al. Cancer in Peutz-Jeghers syndrome. *Cancer* 1993 ; 72:2777-2781.
41. Larrègue M, Marchac D, Giacomoni PH. Naevus pigmentaires. *Encycl Med Chir. (Paris), Dermatologie*, 12705 A-ID, 2-1980. 1-10.
42. Lorette, G, Lacour, J.P. *Dermatologie pédiatrique*. Rueil-Malmaison : Doin Editeurs, 2007. p. 205.
43. Ballanger-Desolneux, F., Dreno, B. Acné. *Journal de pédiatrie et de puériculture*. 2011, Vol. 24, pp. 28-38.
44. Larousse. Comédon. Larousse. [En ligne] [Citation : 29 septembre 2014.] <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/com%C3%A9don/12110>.
45. Cohen, B.A. *Dermatologie pédiatrique*. Paris : Editions Med'com, 2007. p. 273.
46. Plantin P. et la Société française de dermatologie pédiatrique. Acné du nouveau-né et du nourrisson. *Annales de dermatologie et de vénéréologie*. 2008, Vol. 135, pp. 518-520.
47. Barbarot S, Gagey-Caron V, la Société française de dermatologie pédiatrique. Les grains de milium de l'enfant. *Annales de dermatologie et de vénéréologie*. 2009, Vol. 136, pp. 288-293.
48. Wallach, D. *Guide pratique de dermatologie*, 3e édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2007. p. 341.
49. Martini, M.C. *Introduction à la dermopharmacie et à la cosmétologie*, 3e édition. Paris : Technique et Documentation, 2011. p. 500.

50. Société française de dermatologie. Conférence de consensus, texte court, Prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant. 2005, Vol. 132, pp. 1S9-1S18.
51. Stalder, J.F. La dermatite atopique en questions. CHU Nantes. [En ligne] [Citation : 10 septembre 2013.] <http://www.chu-nantes.fr/la-dermatite-atopique-en-questions-31146.kjsp>.
52. CEDEF Collège des Enseignants en Dermatologie de France. Item 114 - Allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte : dermatite (ou eczéma) atopique. Annales de dermatologie et de vénéréologie. 2012, Vol. 139, pp. A85-A93.
53. Moreddu, F. Le conseil pédiatrique à l'officine. Rueil-Malmaison : Editions Wolters Kluwer, 2008. p. 236.
54. CEDEF. Item 232 - Dermatoses faciales : dermatite séborrhéique. Annales de dermatologie et de vénéréologie. 2012, Vol. 139, pp. A201-A203.
55. Caulin, C. Vidal Recos : recommandations en pratique. Issy-Les-Moulineaux : Vidal, 2014. p. 2559.
56. Quéreux, G. Dermatite séborrhéique. EMC Dermatologie Cosmétologie. 2005, Vol. 2, pp. 147-159.
57. Société française de dermatologie. Conférence de consensus : Prise en charge de l'herpès cutanéomuqueux chez le sujet immunocompétent (manifestations oculaires exclues). 2001, pp. 1-18.
58. Habif, T. P. Maladies cutanées : diagnostic et traitement, 2e édition française. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2012. p. 648
59. <http://sante-az.aufeminin.com/bebe/erytheme-fessier-de-bebe-d6209s24577.htm>
60. CEDEF. Item 87 - Infections cutanéomuqueuses bactériennes et mycosiques : Candida albicans. Annales de dermatologie et de vénéréologie. 2012, Vol. 139, pp. A40-A46.

61. Saint-Jean, M., Tessier, M.H., Barbarot, S. et al. Pathologie buccale de l'enfant. *Annales de dermatologie et de vénéréologie*. 2010, Vol. 137, pp. 823-837.
62. CEDEF. Item 87 - Infections cutanéomuqueuses bactériennes et mycosiques : infections à dermatophytes de la peau glabre, des plis et des phanères. *Annales de dermatologie et de vénéréologie*. 2012, Vol. 139, pp. A47-A51.
63. Denieul, A., Faure, S. Les dermatomycoses. *Actualités Pharmaceutiques*. 2009, 484, pp. 10-13.
64. Zagnoli, A., Chevalier, B., Sassolas, B. Dermatophyties et dermatophytes. *EMC Pédiatrie*. 2005, Vol. 2, pp. 96-115.
65. Degos R. Impétigo. *Dermatologie*. Flammarion Médecine et Sciences, Paris, 1978:399-406
66. Impétigo : comment traiter ? *La revue du praticien – Médecine générale*. Tome 18 N° 656/657 du 7 juin 2004
67. Lee S, Schimmenti LA, King RA, Brilliant M, Anderson JL, Schoonveld C, et al. Posterior staphyloma in oculocutaneous albinism: another possible cause of reduced visual acuity. *J AAPOS Off Publ Am Assoc Pediatr Ophthalmol Strabismus Am Assoc Pediatr Ophthalmol Strabismus*. 2015 Dec;19(6):562–4.
68. THESE DOCTORAT DE L UNIVERSITE BORDEAUX 2 - PDF [Internet]. [cited 2019 Jun 20]. Available from: <https://docplayer.fr/28091041-These-doctorat-de-l-universite-bordeaux-2.html>
69. Okulicz J, Shah R, Schwartz R, Janniger C. Oculocutaneous albinism. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2003 May;17(3):251–6.
70. Lund PM. Oculocutaneous albinism in southern Africa: Population structure, health and genetic care. *Ann Hum Biol*. 2005 Mar;32(2):168–73.

71. Onuigbo. Adenocystic Carcinoma as a Molecular Variant of Albino Skin Cancer. *J Med Diagn Methods* [Internet]. 2016 [cited 2016 Dec 18];05(01). Available from: <http://www.omicsgroup.org/journals/adenocystic-carcinoma-as-a-molecular-variant-of-albino-skincancer-2168-9784-1000193.php?aid=66364>
72. [www.orpha.net/data/patho/Pub/fr/XerodermaPigmentosum](http://www.orpha.net/data/patho/Pub/fr/XerodermaPigmentosum)
73. Aberdam D. et coll., *Nature Genet.*, 1994, 6, 299.
74. Wells R.S. et coll., *Arch. Dermatol.*, 1965, 92, 1.
75. Frost P., *J. Invest. Dermatol.*, 1973, 60, 541.
76. Schnyder U.W., *Schweiz Rundsch. Med. Prax.*, 1986, 75, 185.
77. Oji V. et coll., *Eur. J. Dermatol.*, 2006, 16, 349.
78. S. Fraitag. La peau du nouveau-né : du physiologique au pathologique. SNDPH 2011, Paris le 24/06/2011
79. Taieb A, de Prost Y, Lorette G et coll. Allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte. *Dermatite atopique. Ann Dermatol Venereol* 2002 ; 129 (10 suppl) : S90-5
80. Tchangai-Walla K, Pitché P, Agbéré A, Bakondé B. Les Motifs de consultations des enfants en dermatologie à Lomé (Togo). *Med Afr Noire* 1995,42:391-2
81. Hoath SB, Pickens WL, Visscher MO. The biology of vernix caseosa *Int J Cosmet Sci*, 2006, 28, 319–333

# Annexes



**Fiche signalétique :**

**Nom :** KAMATE

**Prénom :** FOUNE MARIE MADELEINE

**Pays d'origine :** MALI

**Titre :** Etude des dermatoses chez les nouveau-nés vus au Csref de la commune V du District de Bamako.

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

**Année Universitaire :** 2022-2023

**Ville de Soutenance :** BAMAKO

**Secteur d'intérêt :** Dermatologie pédiatrique

**Adresse électronique :** [founemariemadeleinek@gmail.com](mailto:founemariemadeleinek@gmail.com)

**Résumé :** Etudier les dermatoses chez les nouveau-nés vus au Csref de la commune V de Bamako et de décrire les différents aspects cliniques des dermatoses des nouveau-nés observés. **Méthodes :** l'étude s'est déroulée au Csref de la commune V dans le service de pédiatrie. Il s'agissait d'une étude transversale et descriptive. Ont été inclus dans cette étude, tous les nouveau-nés vus dans le service de pédiatrie du Csref de la commune V présentant une dermatose avec le consentement d'un seul ou des 2 parents entre le 1<sup>er</sup> juillet 2021 au 31 décembre 2021. Ensuite le diagnostic a été posé par le dermatologue puis saisie sur une fiche d'enquête. **Résultats :** pendant la période d'étude 103 nouveau-nés ont été recensés avec une prédominance masculine de 72H/31F soit un sex ratio de 2,32. La majorité des dermatoses retrouvées était bénigne et transitoire avec 76,69% dont le plus fréquent était la tache mongolique avec 25,24%. Les dermatoses infectieuses mycosiques et bactériennes étaient réparties à 50% chacune. Les autres dermatoses étaient de 10,67%.

**MSDS:**

**Name:** KAMATE

**First name:** FOUNE MARIE MADELEINE

**Country of origin:** MALI

**Title:** Study of dermatoses in newborns seen at the Csref of commune V of the District of Bamako.

**Place of deposit:** Library of the Faculty of Medicine and Odontostomatology

**Academic year:** 2022-2023

**Defense City:** BAMAKO

**Area of interest:** Pediatric dermatology

**Email address:** founemariemadeleinek@gmail.com

**Abstract:** To study the dermatoses in newborns seen at the Csref of commune V of Bamako and to describe the different clinical aspects of the dermatoses of the newborns observed. **Methods:** the study took place at the Csref of commune V in the pediatric department. This was a cross-sectional and descriptive study. Were included in this study, all newborns seen in the pediatric department of the Csref of commune V presenting a dermatosis with the consent of one or both parents between July 1, 2021 and December 31, 2021. Then the diagnosis was made by the dermatologist and then entered on a survey sheet. **Results:** during the study period, 103 newborns were identified with a male predominance of 72M/31F, i.e. a sex ratio of 2.32. The majority of dermatoses found were benign and transient with 76.69%, the most common of which was Mongolian spot with 25.24%. Mycotic and bacterial infectious dermatoses were distributed at 50% each. The other dermatoses were 10.67%.

**Annexe 2 :**

**Fiche d'enquête :**

Fiche Numéro : /...../

Date d'admission : .....

**I. Identité du NNE :**

1. Nom : .....

Prénom : .....

2. Sexe:/...../ 1 : Masculin 2 : Féminin

3. Age:/...../ jours

4. Résidence des parents : .....

5. Contact des Parents : .....

6. Ethnie : .....

7. Paramètres cliniques :

Poids de naissance : /...../ g      Taille : /...../ cm      PC : /...../ cm

Trophicité : Eutrophe /...../      Hypotrophe /...../      Macrosome /...../

Terme /...../ : À Terme /...../      Pré maturité /...../      Post-terme : /...../

Apgar à la 5<sup>e</sup> minute : 7-10 : /...../      4-7 : /...../      < 4 : /...../

Température : /...../      0=Normal      1=Hypothermie  
2=Hyperthermie

**II. Motif de consultations :** .....

1- **Circonstances de Survenu :**      Oui      Non

Si Oui, lequel(s) : .....

2- **Lésions Élémentaires :** Encercler la proposition correspondante

Macule	Papule	Squames	Vésicule	Pustule
Croute	Bulle	Nodule	Ulcération	Excoriation

3- **Caractéristiques des lésions :**      1=OUI      2=NON

-**La Taille :**      Micro /...../      Macro /...../

-**La Forme :**      Régulière /...../      Irrégulière /...../

-**La Bordure :**      Nette /...../      Mal limitée /...../      Plane /...../

Surélevée /...../

-**La Couleur :**      Hyper pigmentée /...../      Hypo pigmentée /...../

Achromique /...../

-**La Disposition** : localisée /...../ Généralisée /...../

-**Siège si lésion localisée** :

Cuir chevelu /...../ Face /...../ Cou /...../ Tronc /...../ Fesse  
/...../ Omphalique /...../ Plis /...../

Autres : .....

4- **Signes Généraux associés** : /...../ 1=OUI 2=NON

SI OUI Lequel(s) : .....

### III. DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES :

#### PERE :

P1 AGE /...../ ETHNIE /...../

P2 Niveau d'instruction : /...../

0=Analphabète 1=Primaire 2=Secondaire 3=Supérieur 4=Coranique

P3 M3 Statut Matrimonial : /...../

0=Célibataire 1=Mariée 2=Divorcée 3=Veuve

P4 Profession : /...../

0=Etudiant 1=Fonctionnaire 2=Commerçant 3=Cultivateur

5=Autre : .....

P5 **ATCD médicaux** : HTA /...../ Diabète /...../

Notion d'atopie : .....

AUTRES à Préciser : .....

#### MERE :

M1 Nom Prénom Age Ethnie

M2 Niveau d'instruction : /...../

0=Analphabète 1=Primaire 2=Secondaire

3=Supérieur 4=Coranique

M3 Statut Matrimonial : /...../

0=Célibataire      1=Mariée      2=Divorcée      3=Veuve

M4 Profession : /...../

0=Etudiante      1=Ménagère      2=Fonctionnaire      3=Commerçante  
4=Cultivateur      5=Autre

**M5 Consanguinité :**      Oui      Non

Si Oui à Préciser : .....

**A. ATCD :**

1- Obstétricaux :

Nombre :

Grossesse /...../      Parité /...../      Vivant /...../      Avortement /...../

Décès /...../      Mort-né /...../

2- Médicaux :      0=Non      1=Oui      2=Inconnu

HTA /...../      Diabète /...../

Hémoglobinopathie : /...../ ;      Notion d'atopie : /...../ ;

Autres : .....

**B. Bilan prénatal :**

**-Consultation prénatale (CPN) :** /...../

**-Bilan sanguin :**      1=Fait      2=Non fait

BW      Toxoplasmose      Rubéole      Te

VIH      AgHBs

**Groupe sanguin :** /...../      Rhésus : /...../

**-Autres bilans biologiques :**      Oui /...../      Non /...../

**-Échographie obstétricale :**      Nombre /...../

Résultat /...../      1=Normal      2=Anormal

Préciser si Anormal : .....

**C. Traitement prophylactique :**      1=Oui      2=Non

VAT /...../      SP /...../      FER/Acide Folique /...../

**E. Pathologie pendant la grossesse :**

Pré-éclampsie /...../      HRP /...../      Placenta Prævia /...../

Eclampsie /...../      Infections uro-génitales /...../

AUTRES : .....

**IV. Accouchement :**    1=Oui    0=Non

Voie basse                                  césarienne

**Si Voie basse :**    Eutocique                                  Dystocique

**Si Dystocique :**                  Ventouse                                  Forceps                                  Manœuvre

Utilisé : .....

**-Diagnostic clinique :**    0=Oui    1=Non

Infectieuse                                  Atopie

Autres :

**-Diagnostic retenu :** .....

**-Pathologie associée :** .....

**V. Traitement entrepris :**    Oui                  Non

Si Oui, Préciser : .....

**-Durée du traitement :** .....

**-Évolution :**    Guérie /...../                  Décédé /...../                  Référé /...../

**-Complication :**                  Oui                                  Non

Si Oui à Préciser : .....

## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ;

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

**Je le jure**