

I Mises au point interactives – Dermatologie pédiatrique



S. BARBAROT
Service de Dermatologie,
CHU de NANTES.

Dermatoses bénignes transitoires du nouveau-né

De nombreuses dermatoses néonatales de physiopathologie mal comprises guérissent spontanément au cours du 1^{er} mois de vie. Leur polymorphisme clinique doit être connu, car ces manifestations transitoires sont bénignes : elles ne doivent donc ni inquiéter ni conduire à des traitements inutiles. Toutefois, il est prudent d'évoquer systématiquement certains diagnostics différentiels potentiellement graves, en particulier une infection bactérienne ou mycosique devant une éruption pustuleuse néonatale.

Érythème toxique du nouveau-né

Il s'agit de la dermatose néonatale transitoire la plus fréquente (plus de 50 % des nouveau-nés sont atteints). L'érythème toxique (ET) est d'évolution constamment bénigne et touche plus souvent les nouveau-nés matures. Cliniquement, on observe de nombreuses maculo-papules érythémateuses de taille variable, le plus souvent de 1 à 3 cm, de localisation diffuse, respectant le cuir chevelu, les paumes et les plantes, et survenant entre le 1^{er} et le 3^e jour de vie (**fig. 1**). Les formes congénitales ou tardives (après J10) ne sont cependant pas exceptionnelles. Des pustules peuvent apparaître rapidement, le plus souvent au centre des macules, parfois volumineuses. Cette éruption est fugace, régressant spontanément en quelques jours. Parfois, elle peut être récurrente jusqu'à 6 semaines de vie. Cette éruption ne justifie aucune exploration complémentaire ni aucun traitement. Cependant, en fonction du contexte, les formes pustuleuses éten-



Fig. 1 : Érythème toxique du nouveau-né.

dues doivent parfois faire éliminer une dermatose infectieuse (*Candida albicans*, infections bactériennes, herpès).

Pustulose mélanique transitoire

Cette entité est considérée comme une forme clinique d'ET, touchant 0,2 à 4 % des nouveau-nés, le plus souvent de peau noire. Le cadre des "pustuloses transitoires stériles du nouveau-né" a été proposé par certains auteurs pour réunir les deux présentations cliniques. Cliniquement, il s'agit d'une éruption pustuleuse amicrobienne isolée, de début très précoce, souvent congénitale, localisée surtout au tronc et aux fesses, évoluant en quelques jours vers une pigmentation maculeuse persistant quelques semaines à mois, recouverte d'une squame facilement détachable.

Miliaire cristalline (sudamina)

Il s'agit de vésicules de petite taille localisées surtout sur le front. Les lésions sont très superficielles, comme des gouttes de rosée sur peau saine, et disparaissent en 2 jours. On retrouve très souvent un contexte d'hypersudation (climat tropical, nouveau-né en incubateur). En cas de miliaires profuses, il faut rechercher une mucoviscidose chez le nouveau-né.

Hyperplasie sébacée

L'hyperplasie sébacée néonatale est très fréquente (30 à 50 % des nouveau-nés). Elle se manifeste par des papules blanches ou jaunes de petite taille (1 à 2 mm) du nez et de la lèvre supérieure. Il s'agit de volumineuses glandes sébacées plus ou moins profondes, développées aux dépens des follicules pilosébacés, probablement stimulées par les modifications hormonales périnatales. Les lésions disparaissent en quelques semaines. Aucun traitement n'est nécessaire. Ce tableau est parfois dénommé à tort "acné néonatale", or ce terme est à réserver aux cas très rares de véritable acné du nourrisson associant microkystes, comédons ouverts, papules et nodules inflammatoires.

Grains de milium congénitaux

Il s'agit de kystes blancs de petite taille correspondant histologiquement à des kystes épidermiques superficiels contenant de la kératine, dont la paroi est formée par un épithélium stratifié avec une couche granuleuse. Ils surviennent chez 40 à 50 % des nouveau-nés, sans prédominance de sexe ou ethnique, et sont moins fréquents chez le prématuré. Ils sont le plus souvent situés sur le nez,



Fig. 2: Syndrome de Basan: grains de milium multiples du visage.

le cuir chevelu, la partie supérieure du tronc et les mains. L'évolution tend vers une disparition spontanée dans les semaines à mois qui suivent la naissance. La persistance de grains de milium doit faire évoquer plusieurs génodermatoses: hypotrichose de Marie Unna, syndrome de Bazex-Dupré-Christol lié à l'X, syndrome de Basan (**fig. 2**).

■ Phénomène Arlequin

Il s'agit d'un érythème hémicorpo-rel, à limite nette sur la ligne médiane et migrant. Il est déclive en décubitus latéral, alors que l'hémicorps supérieur est pâle. Il apparaît le plus souvent entre le 2^e et 5^e jour de vie, rarement à

3 semaines. Ce phénomène bénin est transitoire (30 secondes à 20 minutes), se répète plusieurs fois par jour sans facteur déclenchant et disparaît spontanément en quelques semaines. Sa fréquence est mal connue (estimée à plus de 10 % des nouveau-nés à terme). Ce phénomène est probablement dû à une immaturité de la commande centrale autonome du tonus vasculaire périphérique.

■ Taches mongoloïdes

Il s'agit de macules de grande taille de coloration bleutée situées le plus souvent dans la région sacrée. Histologiquement, on retrouve une augmentation du nombre de mélanocytes dans le derme

profond. L'évolution est favorable avant 4 à 5 ans. La fréquence des taches mongoloïdes varie beaucoup en fonction de l'origine ethnique: 75 à 95 % chez les sujets noirs ou asiatiques et seulement 3 % chez les Finlandais [1]. On observe rarement des taches mongoloïdes de localisation atypique sur les membres inférieurs ou le tronc. Devant une grande tache mongoloïde ou de multiples taches, il faut garder en mémoire l'association possible à une gangliosidose de type 1 ou une mucopolysaccharidose de type 1 (maladie de Hurler) et rechercher des arguments cliniques qui justifieraient un test diagnostique sanguin.

BIBLIOGRAPHIE

1. MIQUEL J, BARBAROT S. Dermatologie néonatale. *EMC – Dermatologie*, 2012;0:1-22 [Article 98-860-A-10]

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