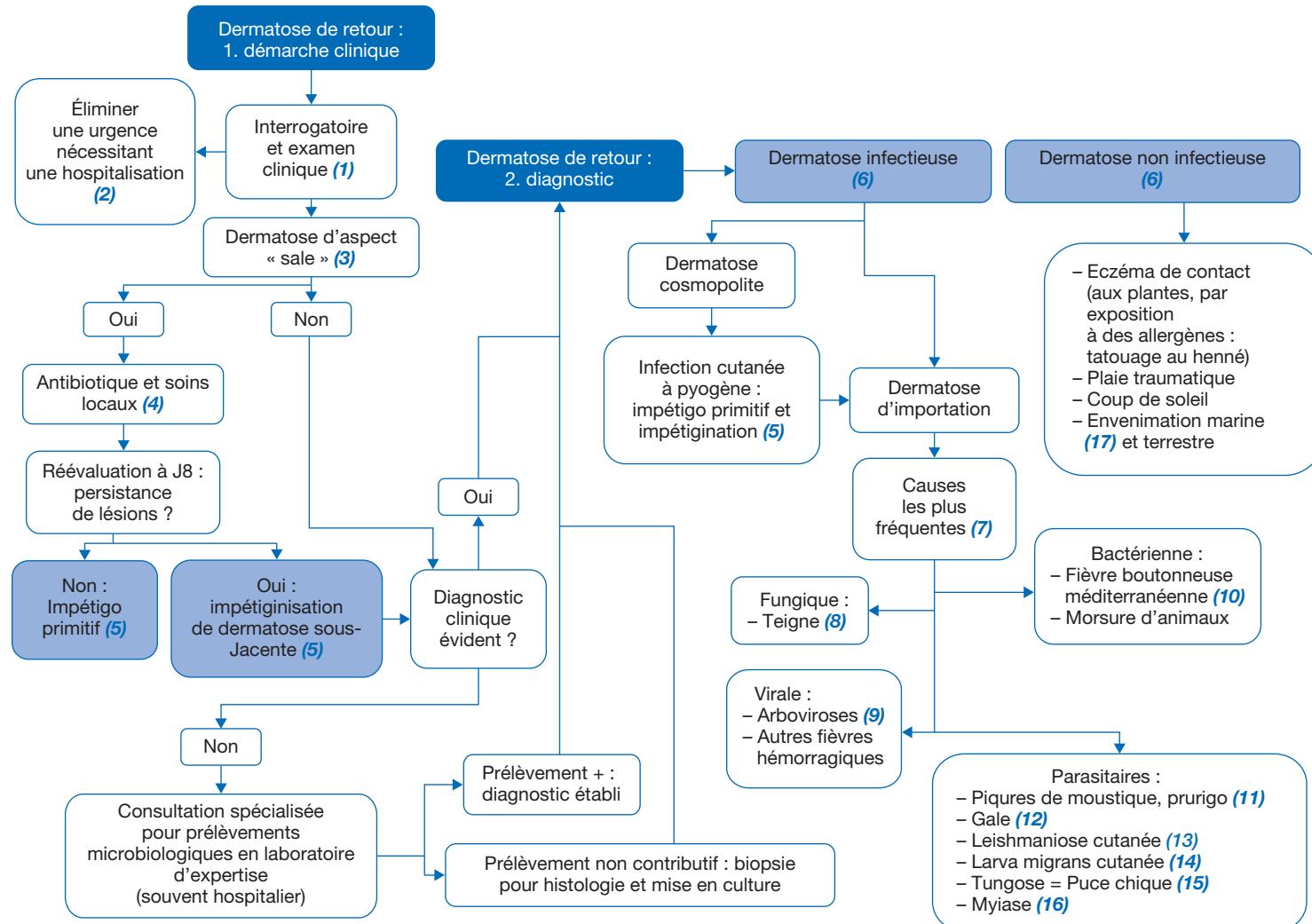


Dermatose de retour chez l'enfant

C. Goeller, E. Bourrat*

Service de Pédiatrie Générale, Hôpital Robert Debré, 48 boulevard Séurier, 75935 Paris cedex 19



*Auteur correspondant :

Adresse e-mail : emmanuelle.bourrat@aphp.fr (E. Bourrat).

■ Arbre diagnostic – Commentaires

(1) Anamnèse centrée sur les dates et le lieu du séjour, analyse de la lésion élémentaire, de la topographie et du mode d'extension des lésions, recherche d'atteintes extra-cutanées et de signes généraux.

(2) Toujours éliminer une fièvre hémorragique virale.

Recherche de signes de gravité indispensable :

- examen hémodynamique, respiratoire et neurologique
- recherche d'un purpura ou de signe hémorragique dans un contexte fébrile
- recherche d'une atteinte des muqueuses.

(3) Une dermatose « sale » est une dermatose primitivement (impétigo primitif) ou secondairement (impétiginisation) bactérienne. La présence de croûtes/ bulles/ pustules rend difficile l'identification d'une éventuelle dermatose sous-jacente.

(4) Une surinfection justifie la prescription : a) de soins à l'eau et au savon et b) d'une antibiothérapie probabiliste orale par **amoxicilline-acide clavulanique** 80 mg/kg/j pendant 7 jours (josamycine 50 mg/kg/j si allergie).

(5) Pyodermes à *S. aureus*, *S. pyogenes* : infections non immunisantes, contagieuses, de présentation particulièrement bruyante en retour de voyage (chaleur, humidité, mauvaise condition d'hygiène). Expression clinique polymorphe : bulles tendues à contenu clair puis purulente, pustules, croûtes mélancrées, érosions suintantes. Documentation bactériologique inutile.

(6) Les dermatoses sont le 3^e motif de consultation pédiatrique au décours d'un voyage. Ces dermatoses sont majoritairement infectieuses, l'effet anti-inflammatoire du soleil permettant une rémission des dermatoses inflammatoires.

(7) Causes plus rares non abordées ci-dessous (pian, ulcère de Buruli, lèpre, tuberculose cutanée, noma...)

(8) Teigne. **À évoquer devant toute atteinte du cuir chevelu chez l'enfant ayant voyagé ou non** : une/plusieurs plaques alopéciques squameuses ou croûteuses, simple état pelliculaire résistant, pustules confluentes, croûtes, ulcération ou tuméfaction d'allure inflammatoire. Prélèvement mycologique **indispensable avant tout traitement** antifongique.

(9) Arbovirose (dengue, chikungunya, Zika). Période d'incubation courte < 10 jours. Fièvre élevée avec exanthème dans un contexte algique (arthralgie, myalgie...).

(10) Fièvre boutonneuse méditerranéenne : infection systémique due à *Rickettsia conori*, inoculée par morsure de tique. Incubation de 8 jours. Début brutal avec fièvre élevée, céphalées, frisson et malaise. Phase d'état caractérisée, 2 à 4 jours après le début de la fièvre, par un exanthème maculeux puis papuleux, diffus, cuivré, purpurique. Chancre d'inoculation (escarre érythémato-croûteuse) à rechercher sur tout le tégument. Traitement par doxycycline (> 8 ans) ou macrolides.

(11) L'injection dans la peau de toxines et d'allergènes de la salive du moustique au cours de son repas sanguin est à l'origine de réactions cutanées immédiates et/ou retardées. A) Le « bouton de moustique » : papule prurigineuse centrée sur le point de piqûre, traduisant un mécanisme de toxicité immédiat de substances irritantes. B) Réaction urticarienne localisée voire pseudo cellulite possible (par réaction d'hypersensibilité immédiate). C) Prurigo (par réaction d'hypersensibilité retardée) : séropapules puis lésions croûteuses infiltrées des zones exposées, prurigineuses, à risque d'impétiginisation et responsable d'un prurit insomnia.

(12) Gale : incubation d'environ 3 semaines, mais apparition des signes cliniques spécifiques (sillons, vésicules, nodules) pouvant être retardée. **Y penser systématiquement devant un prurit diffus de l'enfant avec ou non notion de prurit familial**. Attention à l'aspect atypique chez le nourrisson : topographie (paumes, plantes, visage, tronc et cuir chevelu) et sémiologie (vésicules

palmoplantaires, nodules des grands plis, aspect eczématiforme du tronc et du visage).

(13) Leishmaniose cutanée : apparition plusieurs semaines/mois après une piqûre de phlébotome d'une/plusieurs lésions papuleuses, **infiltrées**, croûteuses, ulcérées. Éléments évocateurs : caractère **indolent**, absence d'adénopathie, résistance au traitement antibiotique bien conduit.

(14) Larva migrans cutanée : pénétration accidentelle et survie transitoire de larves d'helminthes parasites d'animaux. Contamination par contact avec une plage souillée par des déjections animales durant un séjour en pays tropical. Après pénétration sous-cutanée, la larve erre dans la peau autour du point de pénétration (fesses, pieds, dos) créant un sillon sous-cutané serpigineux évolutif, très prurigineux. Évolution spontanément favorable.

(15) Tungose : pénétration dans l'épiderme d'une puce chique femelle lors de la marche pieds nus dans du sable infesté. Aspect de nodule blanchâtre ou d'une papule kératosique (prurigineuse/ douloureuse) centrée par un point noir. Localisations préférentielles aux pieds et régions péri-unguérales, localisations aux mains décrites chez l'enfant.

(16) Myiase : hébergement transitoire dans la peau d'une larve de mouche. Aspect de papule inflammatoire furonculoïde centrée par un orifice, écoulement séro-sanglant ou purulent, absence d'adénopathie.

(17) Envenimation marine. Causée par des méduses/poisson pierre/coraux. Clinique : dermohypodermes, œdèmes, lésions de flagellation et plaies par pénétration. Risque d'impétiginisation.

■ Lien d'intérêt

Les auteurs ont déclaré n'avoir aucun lien d'intérêts pour cet article.

Ce Pas à Pas a été validé par le Groupe de pédiatrie tropicale

■ Références

Bourrat E. Dermatoses du retour chez l'enfant. Médecine Thérapeutique Pédiatrie. 2014;17:131-8.

Kamimura-Nishimura K, Rudikoff D, Purswani M, Hagmann S. Dermatological conditions in international pediatric travelers: epidemiology, prevention and management. Travel Med Infect Dis 2013;11:350-6.

Cohen R. Guide de prescription d'antibiotique en pédiatrie – Groupe de Pathologie Infectieuse Pédiatrique GPIP. Arch Pediatr 2016;23 (Hors-série 3):S1-55.