



Les dermatoses physiologiques du nouveau né

Dr Audrey Lasek Duriez

PH service de dermatologie

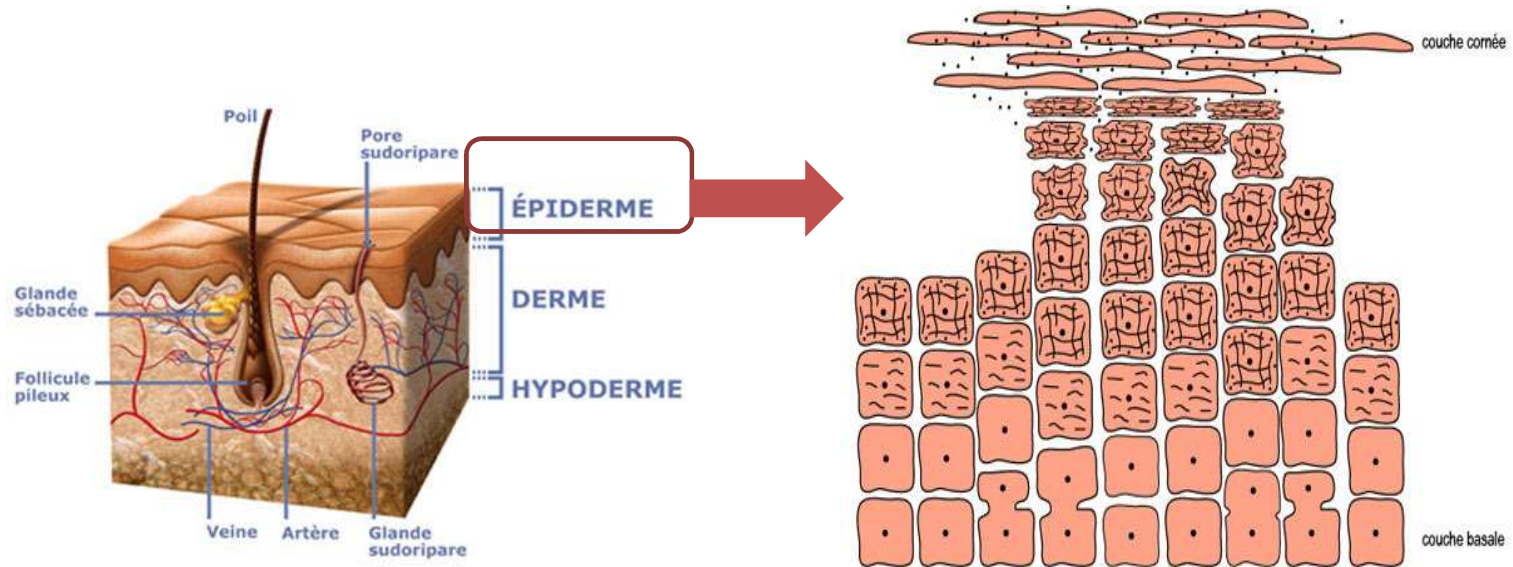
Hôpital Saint Vincent Hôpital Saint Philibert

- But = présenter les principales variations physiologiques transitoires du nouveau né afin de :
 - rassurer quand c'est possible
 - éviter les examens inutiles
 - reconnaître + facilement les « vraies » pathologies



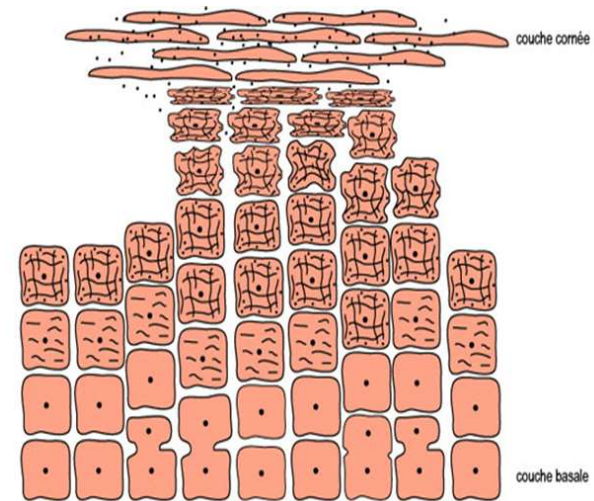
Caractéristiques de la peau du nouveau né

- Formation de la barrière cutanée débute autour de 20-24 semaines de grossesse chez l'humain.



Caractéristiques de la peau du nouveau né

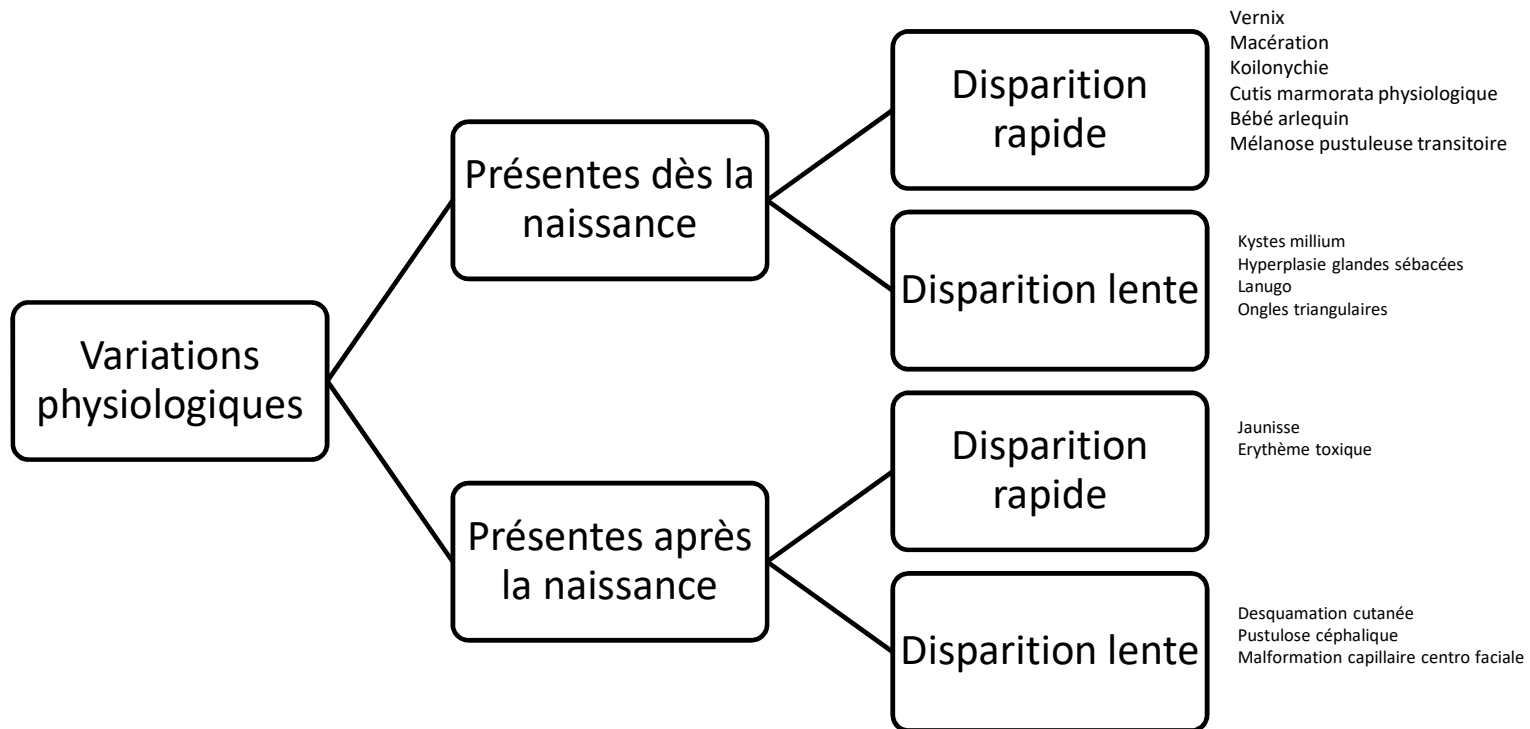
- Couche cornée absente pendant la phase de croissance fœtale rapide puis multiplication des kératinocytes de l'épiderme pour atteindre 10 à 15 assises de cellules à la naissance (15 chez un adulte).
- Chez les bébés de 36 semaines, les propriétés de la barrière cutanée vont très rapidement de rapprocher de celles des nouveaux nés à terme
- A 40 SA, la structure anatomique de la peau du nouveau né est mature.



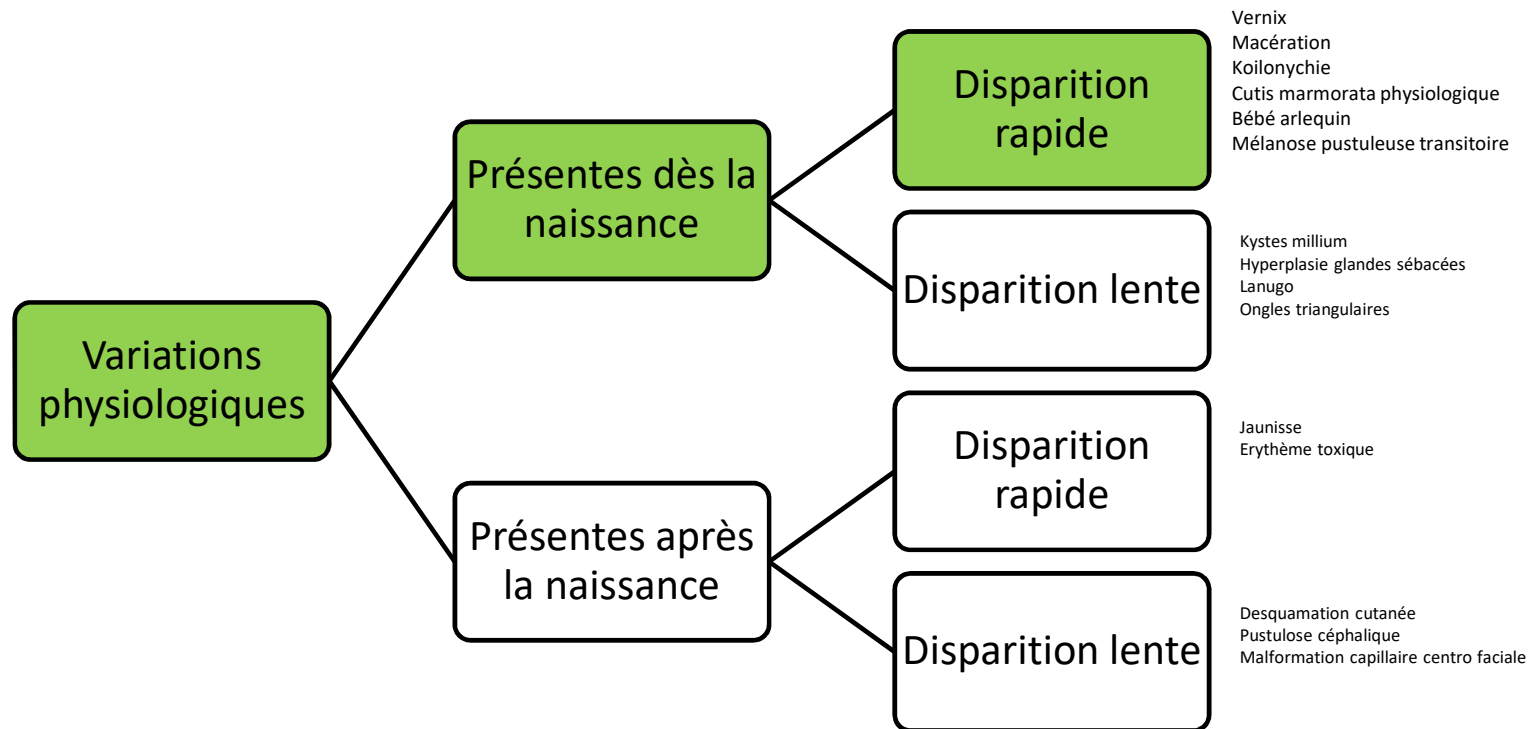
Caractéristiques de la peau du nouveau né

	Adulte	Enfant à terme	
Épaisseur de l'épiderme	50µm	50µm	surface corporel/poids + important chez le nv né
Liens inter cellulaires	N	N mais – de crêtes épidermiques	↑ fragilité
derme	N	↓ collagène et fibres élastiques	↓ élastique
mélanosome	N	Moins	↑ photosensibilité
Glandes sudoripares	N	Immaturité neurologique jusqu'à l'âge de 2 à 3 ans	↓ réponse au stress thermique
Glandes sébacées	N	N	Hyperactivité d'origine hormonale





Variations physiologiques présentes dès la naissance de résolution rapide



Vernix

- Membrane complexe formée à 80% d'eau, 10% de protéines et 10% de lipides
- Synthétisée par les glandes sébacées fœtales au 3^{ème} trimestre de grossesse et mélangée aux débris de cellules foetales desquamées.



Vernix

- Importantes fonctions
 - Thermorégulatrice
 - Hydratation
 - Réparation barrière cutanée
 - Anti bactérien/ anti fongique
 - Anti oxydant
 - Régulation du pH
 - Participe à la lubrification du canal vaginal pour la naissance



Vernix

- Recommandation OMS = à maintenir au moins 6 heures
- Sauf certaines situations :
 - contamination avec méconium
 - sang
 - matières fécales



Macération cutanée

- Conséquence chez les nouveaux nés post matures de l'absence de vernix dans les dernières semaines de grossesse, donc plus de barrière imperméabilisante.
- Résolution spontanée en quelques jours



A ne pas confondre avec Epidermolyse staphylococcique ou Impétigo bulleux

- Infection cutanée à Staphylocoque
- sécréteur de Toxines
- Décollement en linge mouillé
- Peau érosive, fond érythémateux
- Débute souvent plis/zones péri orificielles
- Extensif (≠ de la macération qui a un caractère transitoire)
- Porte d'entrée en général évidente





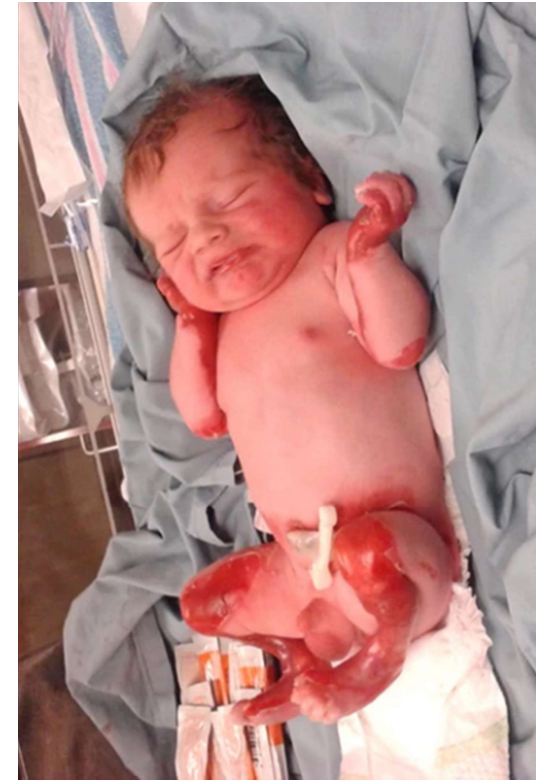
Décollements superficiels en « linge mouillé »

Epidermolyse bulleuse héréditaire (origine génétique)



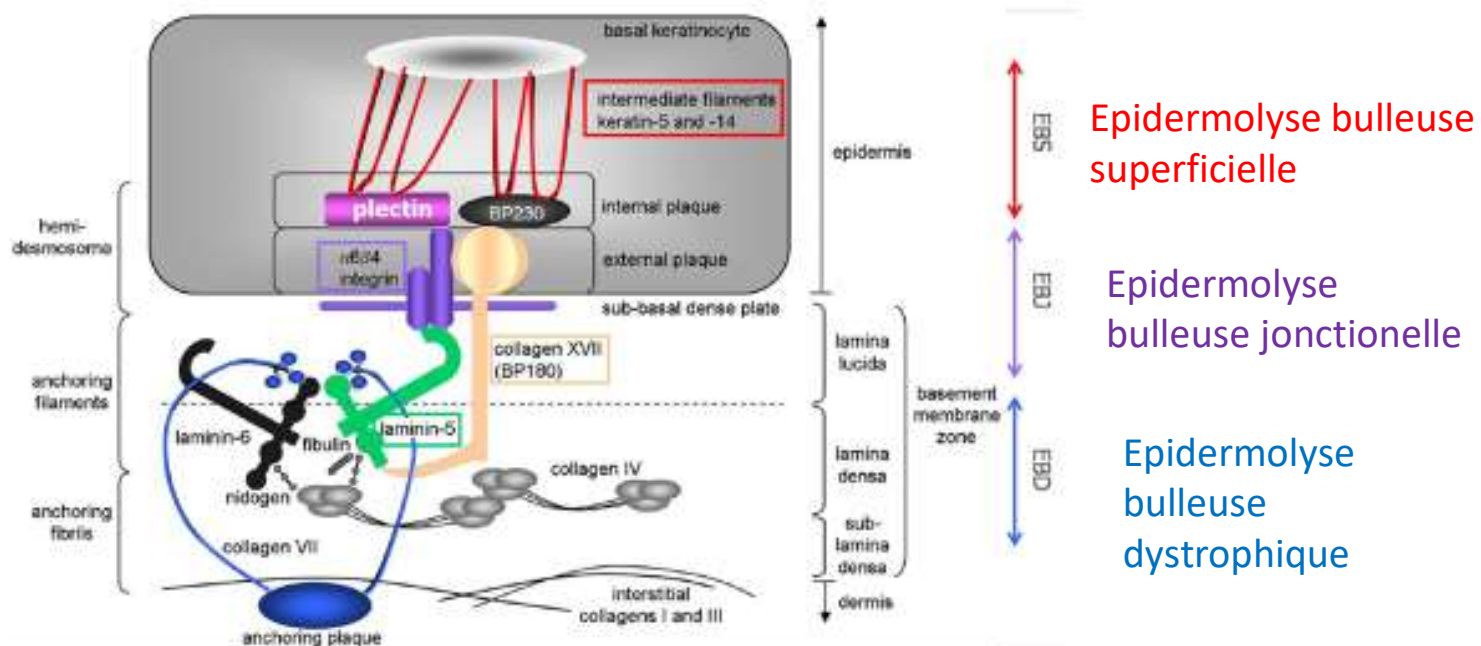
Epidermolyse bulleuse héréditaire (origine génétique)

- Ce sont des génodermatoses rares
- Causées par des mutations touchant les systèmes de jonction dermo épidermique.
- Formation de bulles et de décollements cutanés et/ou muqueux, spontanées ou secondaires à un traumatisme, même minime.
- Les variations phénotypiques sont grandes
- Le retentissement fonctionnel et psychosocial peut être lourd pour l'enfant et sa famille.



Epidermolyse bulleuse héréditaire (origine génétique)

Classification selon le niveau de clivage



Circonstances de découverte

Epidermolyse bulleuse héréditaire

- Nouveau né à terme, « normal » par ailleurs
- Apparition de bulles sur les zones traumatisés, d'emblée, sans intervalle libre le + souvent
- Aucun autre signe d'accompagnement : pas de fièvre
- Parfois : zone d'aplasie cutanée, des extrémités

=> l'examen clinique du nouveau né et l'anamnèse peut permettre d'orienter vers le type d'EB

=> biopsie cutanée indispensable : histo standart + IFD



Koilonychie



Cutis marmorata physiologique

- Se présente comme un livedo réticulé permanent, aggravé par le froid, et résultant d'une **dilatation des capillaires et des veinules**.
- < immaturité de la réponse vasculaire au stimulus thermique
- Dure quelques secondes
- On l'observe sur le tronc et les extrémités du nouveau-né.
- S'efface quand le nouveau né se réchauffe, disparaît après l'âge de 1 mois.



! Ne pas confondre avec
Cutis marmorata telangiectatica congénital

- Maladie vasculaire congénitale
 - Livedo
 - + intense
 - Persistant
 - unilatéral, parfois atrophique
 - (+/- asymétrie des membres, autres malformations)



Cutis marmorata telangiectatica congénital





Bébé harlequin

- Segmentaire
- Transitoire
- Se modifie avec les postures



! A ne pas confondre avec un précurseur d'hémangiome



- Localisé
- Evolutif



Pustulose mélanique transitoire

- Peut être présent dès la naissance.
- Affecte principalement les nouveaux nés de peau foncée.
- Eruption pustuleuse amicrobienne, de début très précoce, parfois même congénitale, idiopathique
- Localisation : ++ visage/tronc/fesses
- Evolue en quelques jours vers une éruption maculeuse pigmentogène
- Persiste quelques semaines



! Ne pas confondre avec

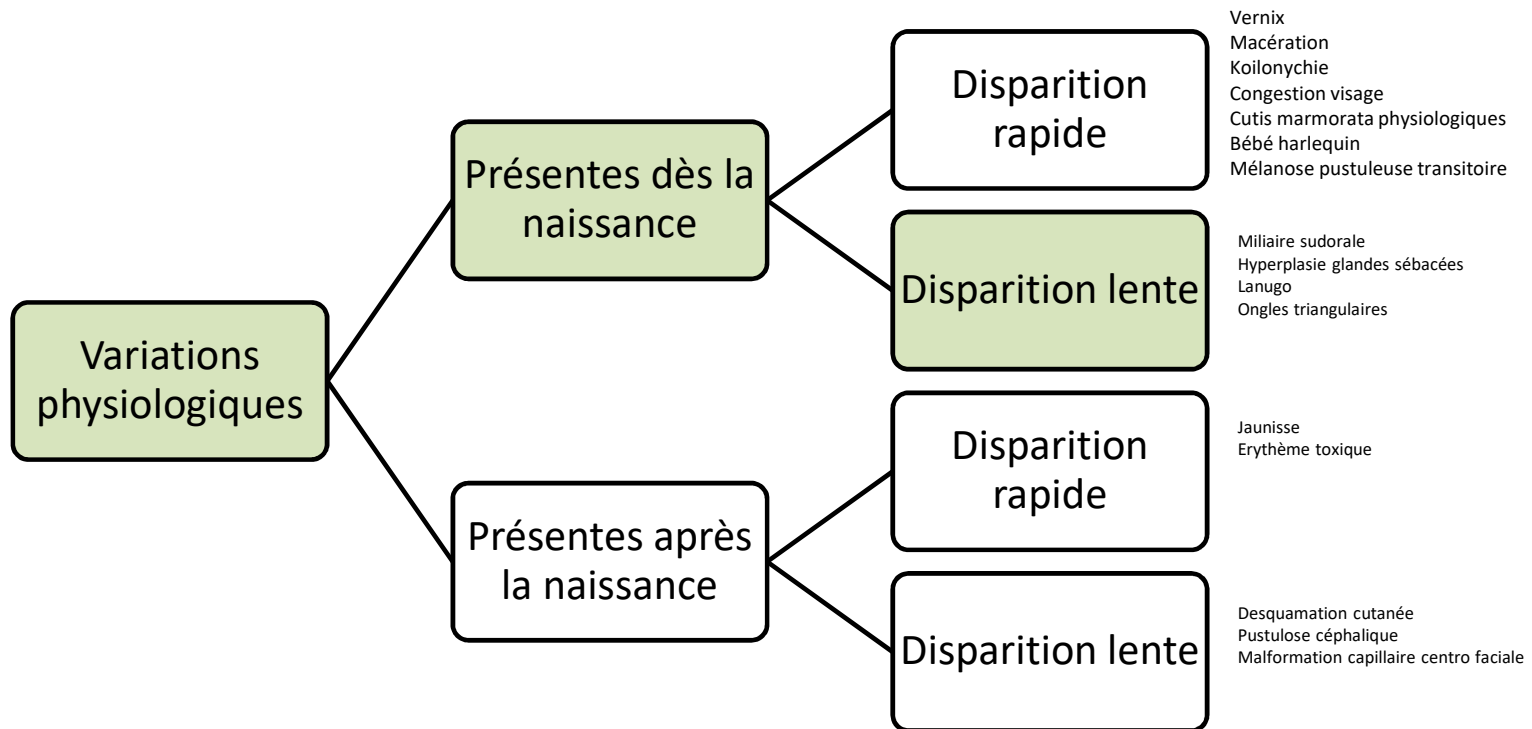
Candidose cutanée congénitale

= secondaire à une choriomaniotite à candida albicans.

- Lésions présentes dès J1
- Eruption généralisée, maculo-papuleuse à petits éléments, puis **parfois quasi érythrodermique (= touche + de 90% de la surface corporelle).**
- Élément à rechercher : **pustule à pus crémeux** qui permet de trouver des formes filamenteuses (pseudohyphes) de Candida à l'examen direct. Ces pustules intactes doivent être recherchées **aux paumes et aux plantes++**





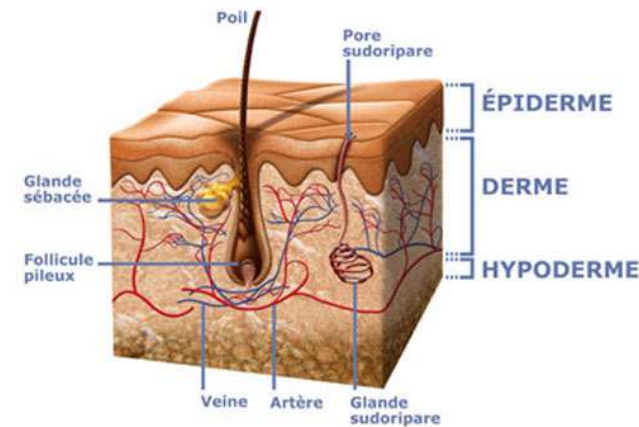


Miliaire sudorale

- Observée chez 10% des nouveaux nés, touche le front dans les premières semaines de vie. Petites papules jaunes nacrées de 1 à 2mm de diamètre, contenu clair, transitoire, évolue vers la desquamation.
- Obstruction de l'écoulement de la transpiration et de la rupture du conduit de la glande sudoripare exocrine.
- Une miliaire « rouge » est observable sur le dos, en période estivale (+ chez le pt enfant).



Figure 2. Miliaire sudorale cristalline (coll Dr P. Plantin, Quimper)







Hyperplasie sébacée

- Fréquent (30 à 50% des nouveaux nés)
- Localisation : joues / nez / philtrum du nouveau né.
- Papules blanches-jaunâtres millimétriques.
- Résulte d'une stimulation androgène maternelle de la croissance des glandes sébacées.
- Transitoire, l'éruption disparaît en 4 à 6 mois.
- Pas de traitement spécifique.



**! Ne pas confondre avec hamartome
verruco-sébacé**



hamartome verruco-sébacé



Lanugo

- Diffus ou localisé
- Très lié à l'origine ethnique
- Disparaît en quelques mois



Col M. Cutrone

**! A ne pas confondre avec
naevus congénital**

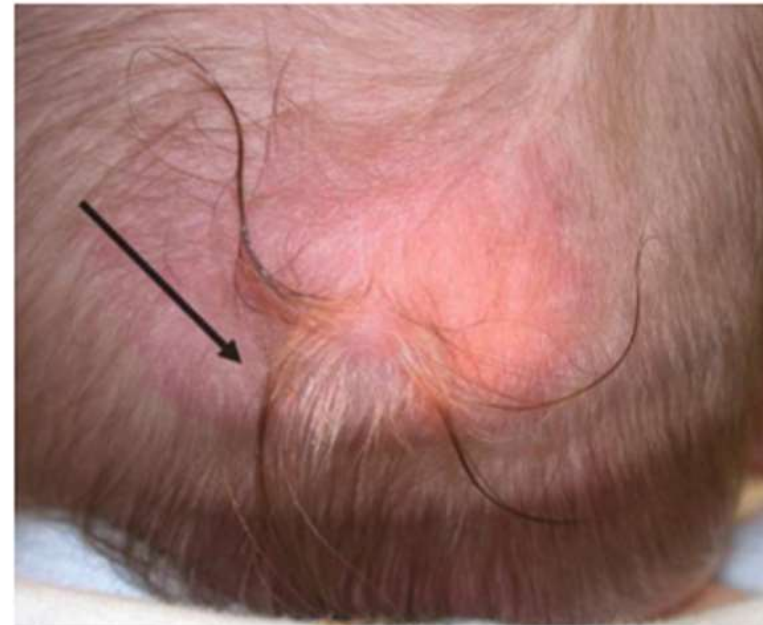


Naevus congénital géant



! À ne pas confondre avec signes de dysgraphie spinale

Signe de la « collerette »
++ en position médiane



**! À ne pas confondre avec
signes de dysgraphie spinale**



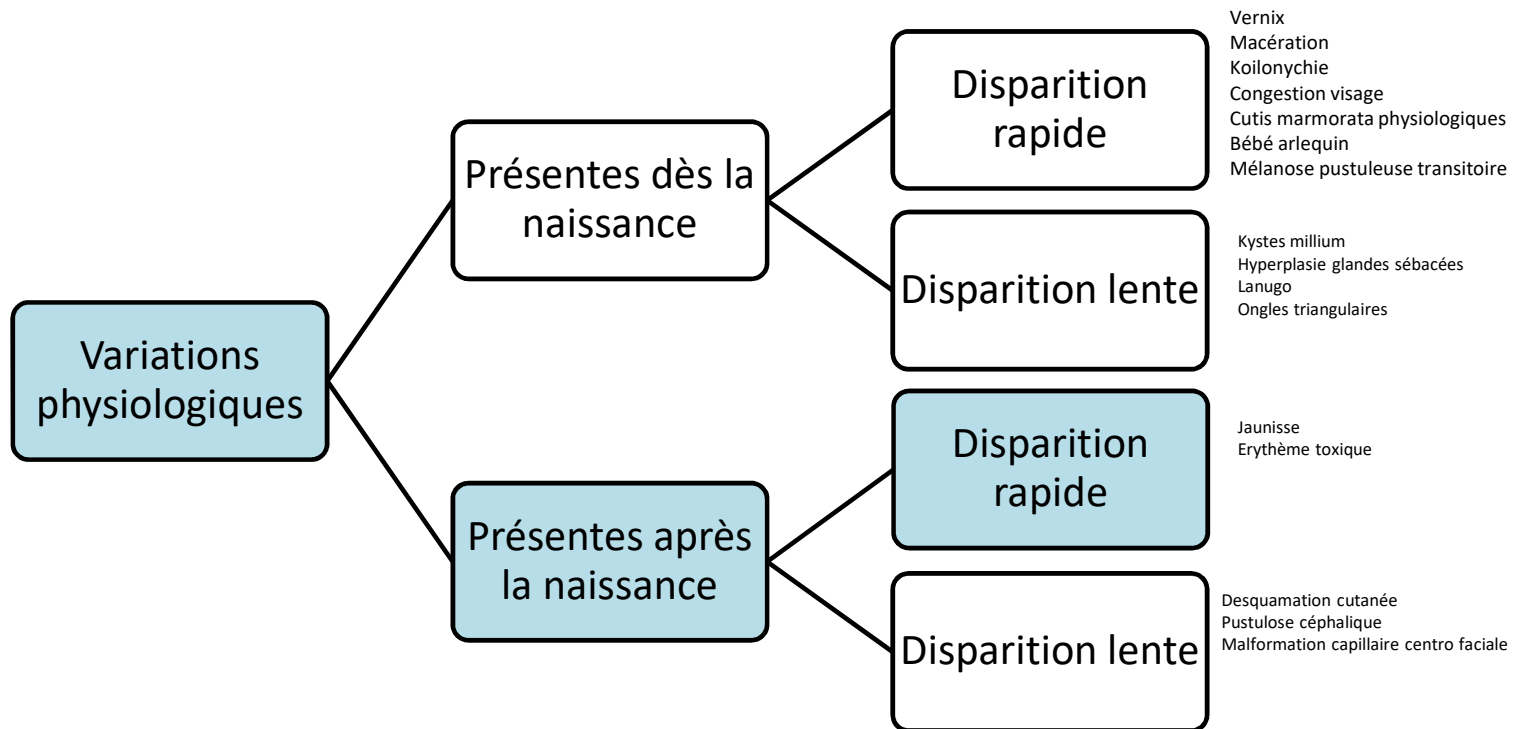
Col M. Cutrone

Taches Mongoloïdes

- Macules mal limitées de coloration gris ardoise à bleu vert, de taille variable. Les localisations préférentielles sont : le dos et la région lombo sacrée, mais des localisation ectopiques à distance sont possibles.
- Plus fréquent chez les nouveaux nés noirs ou asiatiques.
- Il s'agit de mélanocytes concentrés dans le derme.
- S'atténue ou disparaît dans l'enfance.







Erythème « Toxique »

- **Fréquent**, + chez le nouveau né mature
- **Début** autour de **48 heures de vie**
- Apparition d'une **macule érythémateuse de 1 à 3cm de diamètre, puis d'une papule érythémateuse en son centre**, Parfois se recouvre d'une **pustule**(comme une « pique de puce »)
- **Localisation diffuse**, mais respecte le cuir chevelu, les paumes et les plantes.
- Les lésions peuvent être isolées ou regroupées en plaques, sur le visage, le tronc, les organes génitaux.



Erythème toxique

- L'éruption est **fugace, dure quelques jours** et disparaît spontanément.
- Une récurrence peut être observée dans les 6 premières semaines de vie.
- Physiopathologie non connue : **stimulation de l'immunité innée anti microbienne**, dermatose d'adaptation post natale à l'environnement.

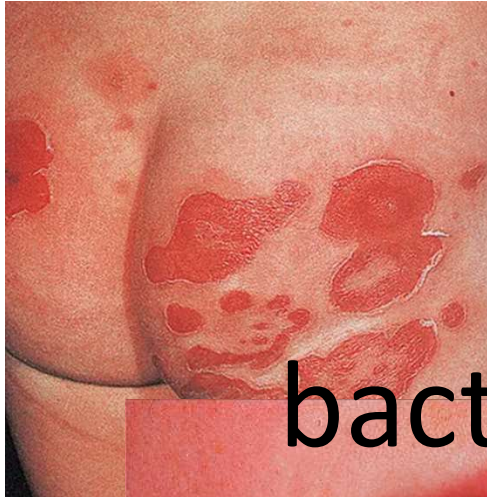


Erythème « toxique »



- Son aspect peut être également atypique, avec de nombreuses pustules disséminées ou de grosses pustules localisées (organes génitaux externes++).

**! À ne pas confondre avec
une infection bactérienne ou virale**



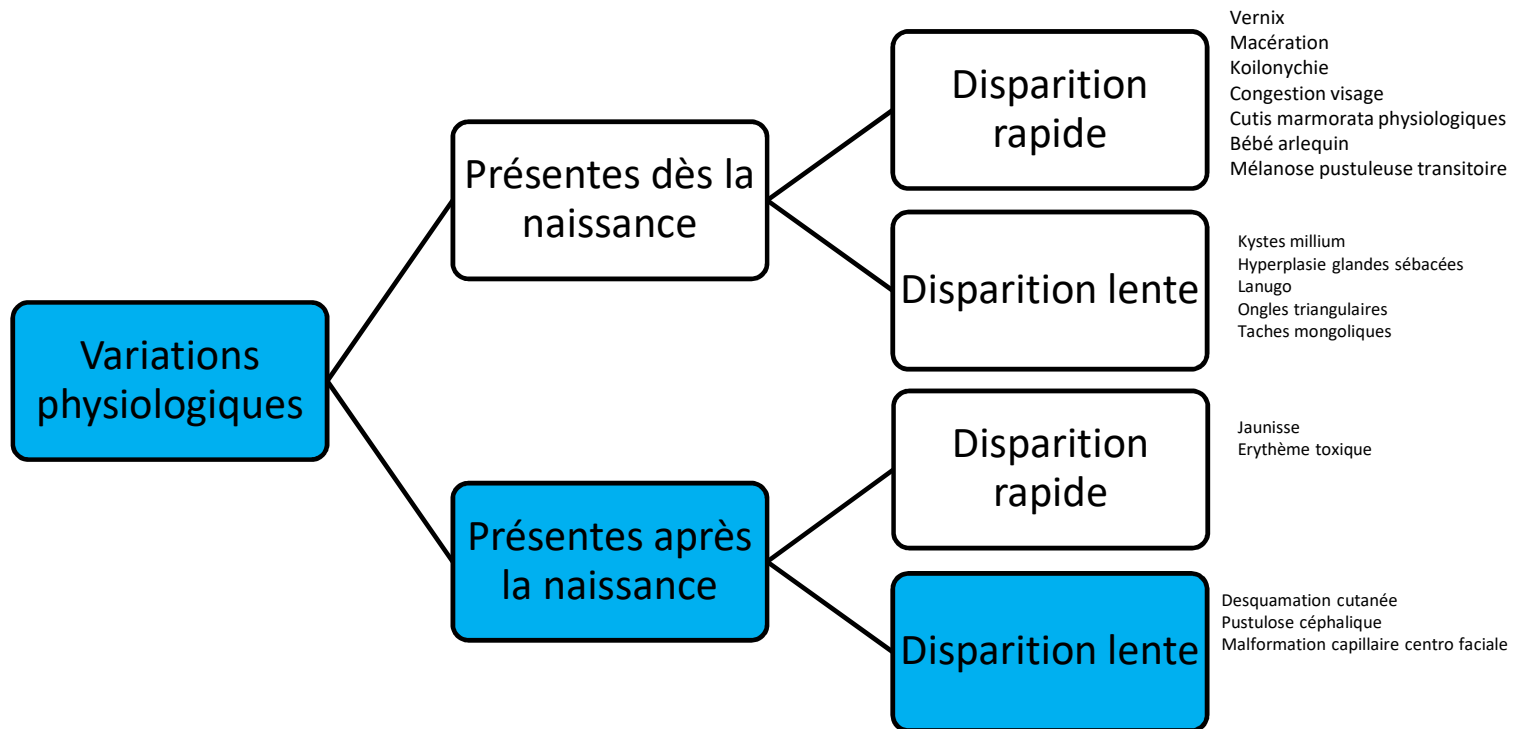
bactérien



Viral







Desquamation physiologique

- Une desquamation cutanée est fréquente dans les premiers jours de vie (60%), débute 24 à 36 heures après la naissance, jusqu'à 3 semaines de vie.
- Chez le nouveau-né à terme, la structure architecturale et biochimique de la couche cornée est identique à celle du nourrisson et de l'adulte.
- Cette desquamation traduit un déficit fonctionnel transitoire de la couche cornée, qui peut justifier d'un traitement émollient.
- Plus fréquent chez le nouveau né post terme.



Figure 1. Desquamation cutanée chez un nouveau né post terme

! A ne pas confondre avec les rares cas d'ichtyose maladie



Aspect de « bébé collodion »



Aspect d'érythrodermie ichtyosiforme

- **Groupe de maladies génétiques en général monogéniques** à expression cutanée qui ont pour point commun des mutations touchant des protéines impliqués dans la cornification ou la desquamation cutanée.

Ichtyose



Pustulose céphalique « acné »

- Une acné transitoire se développe chez 20% des nouveau nés.
- Lésions diverses : comédon fermé (point blanc), comédon ouvert (point noir), papules, pustules... siégeant sur les zones séborrhéiques.
- Origine double : androgènes maternels ou endogènes et colonisation de la peau par *Pityrosporum*
- Aucun traitement nécessaire
- Parfois évolution prolongée (jusqu'à 3 à 6 mois, on parle alors d'acné infantile). Si sévère, on recherche d'autres signes d'hyperandrogénie.



Figure 4A-B. Papulo-pustulose céphalique



Pustulose céphalique « acné »



A ne pas confondre avec
une gale néonatale



Malformation capillaire centro faciale



- La malformation capillaire centro faciale est **fréquente**
- Elle est disposée **en V sur le front**, s'émiette parfois sur les paupières, le nez et le philtrum, **de manière bilatérale et symétrique**.
- La coloration est **rose pâle**. On peut également la retrouver sur l'occiput et la nuque. **Ces lésions sont transitoires, s'atténuent le 1^{er} mois et ne sont souvent plus visible après l'âge de 1 an.**



Malformation capillaire centro faciale



Figure 2. Different sites involved by the medial fronto-facial capillary malformation: Forehead (1), glabella (2), upper eyelids (3 and 4), nose (5), philtrum (6), and upper lip (7). Complete form of FFCM is shown (seven sites involved).

Malformation capillaire centro faciale



A ne pas confondre avec un angiome plan



- Unilatéral
- Asymétrique
- + foncé



Merci de votre attention