

DIU de Dermatologie Pédiatrique  
Cours n° 25-3

# Dermites du siège

Hélène Aubert-Wastiaux

Service de Dermatologie  
CHU de Nantes



Les dermites du siège représentent un motif fréquent de consultation, du nouveau-né au jeune enfant. La plupart du temps elles correspondent à une irritation au niveau du contact avec le change. Cependant les dermites du siège peuvent correspondre à une localisation de dermatose plus rare notamment d'origine inflammatoire.

Le diagnostic étiologique d'une dermite du siège repose sur un examen clinique attentif avec une analyse sémiologique fine des lésions cutanées et surtout de leur topographie, associé à un interrogatoire précis, ce qui permet le plus souvent d'affirmer le diagnostic et de prescrire le traitement adapté.

Les objectifs sont ici de :

- savoir reconnaître le type de dermite du siège et en déduire les mécanismes en cause,
- prescrire le traitement adapté.

## 1. Dermite des convexités

---

Les dermites du siège sont dans la majorité des cas **liées à des facteurs mécaniques ou à l'occlusion**, la macération jouant un rôle initiateur. La **dermite des convexités** ou **dite en W** (les lésions dessinent un W lorsque l'on examine l'enfant sur le dos jambes relevées) est la dermite du siège le plus souvent rencontrée (1). Le pic d'incidence se situe entre 6 et 12 mois (2)

La dermite des convexités est d'origine multifactorielle, liée aux caractéristiques de la peau du nouveau-né et à l'occlusion périnéo-fessière.

### 1.1. Les facteurs intervenant sont (3) :

- **le facteur anatomique**

Le siège du fait de l'incontinence du nourrisson est une zone constamment agressée par la présence d'urine ou de selles plus ou moins corrosives. Par ailleurs le port de couche entraîne un phénomène d'occlusion et une macération constante. L'humidité ambiante agit sur la perméabilité de la couche cornée. A ces facteurs s'ajoute le facteur mécanique lié au frottement de la peau sur les couches.

- **les facteurs chimiques**

L'alcalinité du pH urinaire, augmenté par les uréases bactériennes fécales, les sels biliaires, protéases et lipases fécales sont des facteurs d'agression cutanée.

- **les facteurs bactériologiques**

Les levures et les bactéries présentes dans les selles peuvent être à l'origine d'une surinfection (4).

## 1.2. Aspects cliniques

Chez un nouveau-né un érythème fessier peut se développer très rapidement, notamment en cas de diarrhée. Parfois il faut souligner que la région péri-anale est directement atteinte, liée à l'irritation chimique en cas de diarrhée allant à l'encontre de l'atteinte stricte en W (cf infra).

Le respect du fond du pli est observé mais ceux-ci peuvent-être secondairement atteints en cas de colonisation massive par le Candida.



© Clinique Dermatologique – Nantes –

Figure 1 : Dermite des convexités (en W)



Figure 1 bis : dermite des convexités en W

Il existe une forme clinique aigue intense érosive parfois vésiculeuse. Au maximum on observe des papules érosives (**papulose érosive ou dermite syphiloïde de Sevestre et Jacquet**).



© Clinique Dermatologique CHU Nantes

*Figure 2 : dermite du siège érosive*

Le **granulome glutéal infantile**, forme nodulaire d'érythème fessier (fig 3) n'est pratiquement plus observé actuellement. Il était attribué à l'application sur le siège de dermocorticoïdes fluorés. Dans une publication récente des auteurs français décrivent la réapparition de ces dermites du siège très sévères avec les couches lavables (5) (dermatose papulo-érosive de Sevestre et Jacquet, granulomes glutéaux, papules pseudo-verruqueuses, ces dermatoses appartenant probablement au même spectre)



© Clinique Dermatologique – Nantes –

*Figure 3 : granulome glutéal*

### 1.3. Les soins du siège

Ils sont essentiellement préventifs. Ils ont pour objectif de prévenir les dermites d'irritation, leur extension et la surinfection. Dans une revue récente il apparaît qu'aucun n'a fait la preuve de son efficacité [5]. Néanmoins le principe est de diminuer le temps de contact entre urine et selles et la peau. L'utilisation de changes jetables est aujourd'hui recommandée, à condition qu'ils soient renouvelés avant que leur capacité d'absorption soit dépassée. Ils sont constitués de 3 couches : une face externe en plastique imperméable, un coussinet absorbant central en polyacrylate et cellulose et un film interne en polypropylène, non irritant. Les changes lavables peuvent être utilisés sous condition de les changer suffisamment souvent et de maintenir des soins locaux adaptés, en effet des dermites du siège sont plus fréquentes avec ce type de changes et des dermites sévères comme la papulose érosive de Sevestre et Jacquet ont été décrites (figure 4).



Figure 4 : dermite nodulaire et érosive liée au port de couches « bio » lavables

Les produits appliqués sur le siège doivent être choisis avec soins car la peau du nouveau-né en condition d'occlusion et d'autant plus en cas de prématurité doit être considérée comme perméable. Pour les soins du siège lorsque la peau est saine des nettoyants doux sont recommandés, toujours suivis

d'un rinçage à l'eau tiède et séchage par tamponnement. L'application de crèmes à visée protectrice est possible. Ces crèmes ont une fonction barrière, elles sont à base de vaseline ou d'oxyde de zinc.

En cas d'érythème débutant, il faut tout d'abord augmenter la fréquence des changes. L'utilisation de crèmes protectrices neutres, de pâtes ou de lotions à l'oxyde de zinc est alors utile.

En cas d'aggravation malgré ces mesures, l'érythème s'étend et des lésions érosives apparaissent. Ces lésions sont douloureuses. Il faut alors reprendre les mesures précédentes et les intensifier. Les pâtes à l'eau sont utiles en empêchant le contact entre les selles et la peau. Une surinfection fongique est fréquente à ce stade [6].

S'il existe des signes de surinfection fongique un traitement local par antifongiques locaux est alors proposé [7].

## 2. Dermite des plis

Selon le point de départ deux types de dermite des plis sont distingués : les dermites péri-orificielles, et les intertrigos.

### 2.1. L'érythème péri-anal

Souvent érosif il survient le plus souvent au cours d'une diarrhée (figure 5). Sa survenue est liée d'une part à l'irritation chimique par les selles, mais il faut rechercher dans ce cas une surinfection soit par l'agent responsable de la diarrhée (staphylocoque doré, entérobactéries) soit par le *Candida albicans*. En cas d'érythème péri-anal et de suspicion de surinfection, il ne faut donc pas hésiter à réaliser un prélèvement bactériologique ou mycologique. Un muguet associé doit également être recherché.

L'érythème périvulvaire peut accompagner les infections urinaires. Un examen cyto bactériologique des urines peut alors être réalisé.



Coll Dr D. Bessis, Montpellier

Figure 5 : érythème péri-anal érosif compliquant une diarrhée chronique

## 2.2. Anite streptococcique

L'anite à streptocoque  $\beta$  hémolytique se présente comme un érythème péréal ou dermohypodermite péréal douloureuse et souvent fébrile. (Figure 6)

En cas de suspicion d'anite à streptocoque il convient de réaliser un écouvillon pour examen bactériologique.

Le traitement consiste en une antibiothérapie par amoxicilline pendant 14 à 21 jours. Malgré ce traitement prolongé une récurrence peut survenir (6)



Figure 6 : anite streptococcique  
(Photo : Dr Catteau CHRU LILLE)

## 2.3. Mycose du siège

L'infection à *Candida albicans* se manifeste par un intertrigo le plus souvent inguinal, parfois fissuraire, recouvert d'un enduit blanchâtre, d'extension centrifuge. A la périphérie on peut retrouver une desquamation fine et des petites pustules (figure 5b). Il faut également rechercher un muguet associé.

La mycose du siège débute au fond des plis (**dermite en Y**). Cet élément sémiologique est important pour la distinguer de la dermite irritative ou des convexités liée à la macération. La dermite des plis est moins fréquente que la dermite des convexités.

Le traitement repose sur les antifongiques locaux (7).



Figure 7 : dermite de macération avec surinfection à candida secondaire et atteinte du fond des plis

### 3. Dermite du siège diffuses

---

Une dermite du siège résistant au traitement bien conduit doit faire rechercher des causes plus rares qui sont soit des dermatoses particulières à la région du siège, sans doute favorisées par la dermite d'irritation, soit des dermatoses pouvant toucher le siège comme d'autres localisations. Il ne faut pas méconnaître l'existence de dermatoses plus rares qui se localisent préférentiellement au départ au niveau du siège, accompagnée d'une symptomatologie générale plus ou moins bruyante.

#### 3.1. Le psoriasis

Il est également appelé, lorsqu'il survient dans la région du siège, **psoriasis des langes** ou **napkin psoriasis** (figure 6). Il survient chez le nourrisson rarement avant 6 mois. Les lésions correspondent à une dermatose érythématosquameuse d'emblée diffuse survenant sur peau saine, à limite nette, débordant volontiers soit sur la face interne des cuisses, les lombes ou l'abdomen, avec parfois quelques macarons survenant sur le tronc. Le caractère squameux peut manquer sur les zones d'occlusion sous les couches. Certains cas évolueront plus tard vers un psoriasis dans une forme plus classique.

Le traitement repose sur les dermocorticoïdes.



Figure 8 : psoriasis des langes

#### 3.2. La dermite séborrhéique infantile

C'est une dermatose érythématosquameuse non prurigineuse, souvent bipolaire avec une atteinte céphalique et une atteinte du siège associées. Elle est plus précoce et touche souvent le nourrisson dans

les 3 premiers mois. Au niveau du siège un traitement local par antifongique et/ou dermocorticoïdes accélère la disparition des lésions.



Coll Dr D. Bessis, Montpellier



CLINIQUE DERMATOLOGIQUE  
Rue 3008 40 40 41 17  
CENTRE HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE DE NANTES  
© Clinique Dermatologique - CHU NANTES

Fig

*Figure 9 : dermite séborrhéique infantile. Photo de gauche : l'âge précoce, l'atteinte bipolaire céphalique et génitopérinéale est très évocatrice.*



Coll Dr D. Bessis, Montpellier

*Figure 10 : dermite séborrhéique infantile compliquée d'une surinfection candidosique comme en témoigne la présence de pustulettes à distance et d'une collerette périphérique desquamative.*

### 3.3. L'histiocytose langerhansienne

Elle se présente par des lésions papuleuses, infiltrées crouteuses parfois érosives, purpuriques voir nécrotiques, touchant le fond du pli (figure 11)



*Fig 9 :*

*Figure 11 : histiocytose langerhansienne*

### 3.4. L'acrodermatite entéropathique

Elle se manifeste par des lésions érythémateuses érosives péri-orificielles en rapport avec une carence en zinc (Figure 12)



Figure 12 : acrodermatite entéropathique

### 3.5. Les dermites du siège d'origine immuno-allergique

Ces **dermites de contact** sont rares et se présentent sous la forme d'un classique eczéma de contact. Cependant parfois on peut les confondre avec une dermatite d'irritation. C'est pourquoi il faut y penser en cas de dermatite du siège persistante malgré des soins locaux bien conduits. Les principaux allergènes sont liés à l'utilisation de lingettes, de produits de soins ou aux changes eux-mêmes. C'est pourquoi un changement de produits à visée diagnostique peut être proposé.

### 3.6. Maladies infantiles éruptives

Certaines peuvent toucher avec prédilection le siège. On retiendra notamment l'atteinte fréquente du siège dans le **syndrome pied main bouche**. Un érythème fessier est également parfois observé au cours des **syndromes de Kawasaki**.

### 3.7. Hémangiome infantile du siège

L'hémangiome infantile du siège peut être de présentation parfois trompeuse avec ulcération d'emblée rendant le diagnostic plus difficile. Il faut y penser lorsque l'ulcération est unilatérale, survenant avant 6 mois le plus souvent avec un pourtour érythémateux ([figures 13 et 14](#)).



Figure 13 : cicatrice d'hémangiome ulcéré de la fesse droite



© Clinique Dermatologique CHU Nantes

Figure 14 : Hémangiome ulcéré dans le cadre d'un syndrome PELVIS/SACRAL

## 4. Conclusion

La topographie de l'atteinte est un élément d'orientation diagnostique important dans la dermite du siège comme le résume les tableaux ci-dessous.

Les soins du siège sont essentiellement préventifs, puis adaptés à la sémiologie des lésions (8).

## Références

---

1. Lebsing S, Chaiyarit J, Techasatian L. Diaper rashes can indicate systemic conditions other than diaper dermatitis. *BMC Dermatol.* 21 sept 2020;20(1):7.
2. Atherton DJ. The aetiology and management of irritant diaper dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV.* sept 2001;15 Suppl 1:1-4.
3. Atherton DJ. A review of the pathophysiology, prevention and treatment of irritant diaper dermatitis. *Curr Med Res Opin.* mai 2004;20(5):645-9.
4. Ferrazzini G, Kaiser RR, Hirsig Cheng S-K, Wehrli M, Della Casa V, Pohlig G, et al. Microbiological aspects of diaper dermatitis. *Dermatol Basel Switz.* 2003;206(2):136-41.
5. Maruani A, Lorette G, Barbarot S, Potier A, Bessis D, Hasselmann C, et al. Re-emergence of papulonodular napkin dermatitis with use of reusable diapers: report of 5 cases. *Eur J Dermatol EJD.* 1 avr 2013;23(2):246-9.
6. Olson D, Edmonson MB. Outcomes in children treated for perineal group A beta-hemolytic streptococcal dermatitis. *Pediatr Infect Dis J.* nov 2011;30(11):933-6.
7. Gallup E, Plott T, Ciclopirox TS Investigators. A multicenter, open-label study to assess the safety and efficacy of ciclopirox topical suspension 0.77% in the treatment of diaper dermatitis due to *Candida albicans*. *J Drugs Dermatol JDD.* févr 2005;4(1):29-34.
8. Coughlin CC, Eichenfield LF, Frieden IJ. Diaper Dermatitis: Clinical Characteristics and Differential Diagnosis. *Pediatr Dermatol.* nov 2014;31:19-24.

Dermatoses	Clinique
Dermite du siège irritative	Erythème, érosions, ulcération Localisée aux convexités, plis épargnés
Infection à Candida	Plaques érythémateuses avec papulopustules satellites Touche les plis et peut atteindre tout le siège
Infection bactérienne	Impétiginisation : bulles, érosions, croûtes mélicériques folliculite
Granulome glutéal (rare)	Asymptomatique, lésions papulonodulaires, violacées de 0.3 à 5 cm de diamètre
Dermatose érosive de Sevestre et Jacquet	Ulcérations et érosions avec bordure surélevée
Psoriasis	Plaques ou rosées, bien limitées, touchant les convexités et les plis Caractère squameux parfois absent
Dermite de contact	Eruption, aigue ou subaigue localisée à la zone de contact avec l'allergène Prurit++
Histiocytose langerhansienne	Papules, kératosiques ou parfois érosives, ulcérations, dermatose DS like cuir chevelu et rétroauriculaire
Acrodermatite entéropathique	Atteinte acrale, anogénitale, périforificielle Lésions érythémateuses, érosives

Tableau 1

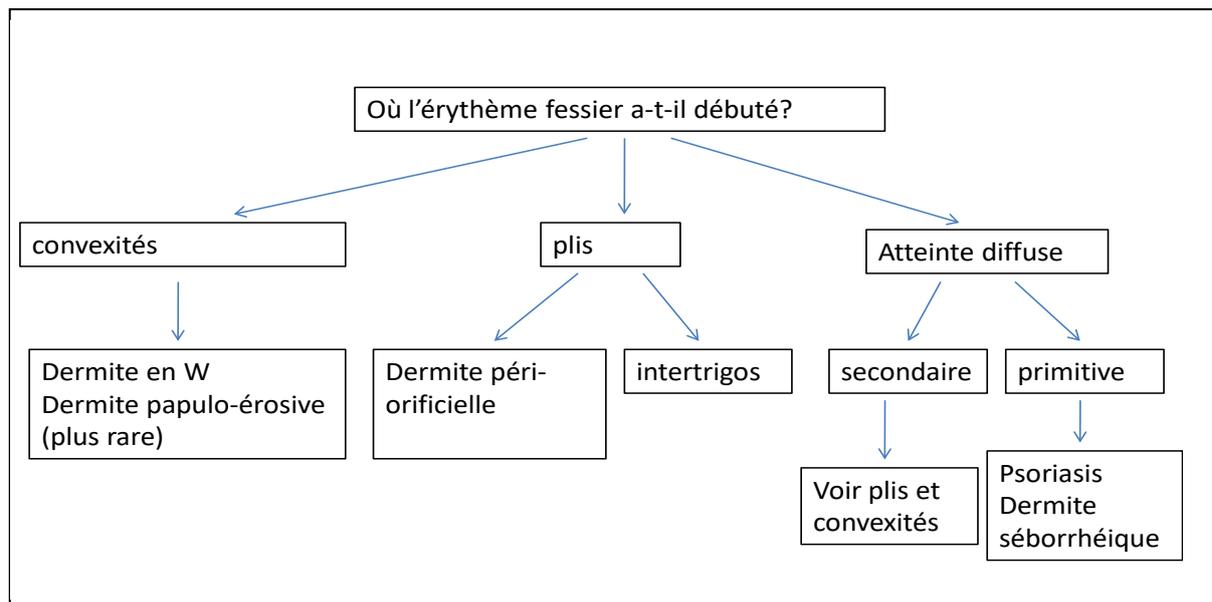


Tableau 2