



HAL
open science

Revue des pathologies dermatologiques de la population pédiatrique d'un CHU : intérêt d'une étroite collaboration entre pédiatres et dermatologues

Bérénice Dumortier

► To cite this version:

Bérénice Dumortier. Revue des pathologies dermatologiques de la population pédiatrique d'un CHU : intérêt d'une étroite collaboration entre pédiatres et dermatologues. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00688430

HAL Id: dumas-00688430

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00688430v1>

Submitted on 17 Apr 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 2012

N°

THESE

PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

**Revue des pathologies dermatologiques de la population
pédiatrique d'un CHU
Intérêt d'une étroite collaboration entre pédiatres et
dermatologues**

Bérénice DUMORTIER

Née le 5 décembre 1983 à Saint-Saulve (59)

Thèse soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de GRENOBLE

Le 6 avril 2012

Devant le jury composé de :

Président

Pr PLANTAZ Dominique
Service de pédiatrie, Grenoble

Directrice

Dr TEMPLIER Isabelle
Service de dermatologie, Grenoble

Membres

Pr LECCIA Marie-Thérèse
Service de dermatologie, Grenoble
Pr BORALEVI Franck
Service de dermatologie pédiatrique, Bordeaux
Dr MICHARD-LENOIR Anne-Pascale
Service de pédiatrie, Grenoble

Liste des professeurs d'universités - Praticiens hospitaliers

ALBALADEJO Pierre	Anesthésie – Réanimation
ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Clinique de chirurgie et de l'Urgence
BACONNIER Pierre	Biostatistiques et Informatique médicale
BAGUET Jean-Philippe	Cardiologie / Hypertension artérielle
BALOSSO Jacques	Radiothérapie Cancérologie
BARRET Luc	Médecine légale
BAUDAIN Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
BEANI Jean-Claude	Dermatologie - Vénérologie
BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie Diabétologie
BERGER François	Cancérologie
BLIN Dominique	Chirurgie cardiaque
BOLLA Michel	Cancérologie
BONAZ Bruno	Hépto - Gastro - Entérologie
BOSSON Jean-Luc	Santé publique
BOUGEROL Thierry	Psychiatrie
BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie & Cytologie pathologiques
BRAMBILLA Christian	Pneumologie
BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie vasculaire et thoracique
BRIX Muriel	Chirurgie maxillo-faciale
CAHN Jean-Yves	Cancérologie
CARPENTIER Patrick	Médecine vasculaire
CARPENTIER Françoise	Urgences
CESBRON Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
CHABRE Olivier	Endocrinologie
CHAFFANJON Philippe	Chir thoracique, vasculaire, endocrinienne
CHAVANON Olivier	Chirurgie cardiaque
CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
CHIROSEL Jean-Paul	Anatomie
CINQUIN Philippe	Santé publique
COHEN Olivier	Biologie
COUTURIER Pascal	Gériatrie
CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie
DE GAUDEMARIS Régis	Médecine & santé du travail
DEBILLON Thierry	Pédiatrie
DEMATTEIS Maurice	Médecine légale et Addictologie
DEMONGEOT Jacques	Santé publique
DESCOTES Jean-Luc	Urologie
ESTEVE François	Imagerie médicale
FAGRET Daniel	Médecine nucléaire
FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie digestive et de l'urgence
FAVROT Marie Christine	Biologie intégrée / Cancérologie
FERRETTI Gilbert	Radiologie & Imagerie médicale
FEUERSTEIN Claude	Biologie
FONTAINE Eric	Clinique de Nutrition artificielle
FRANCOIS Patrice	Veille sanitaire Santé publique
GARNIER Philippe	Pédiatrie
GAUDIN Philippe	Rhumatologie

GAY Emmanuel	Neurochirurgie
GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
HALIMI Serge	Diabétologie
HOMMEL Marc	Neurologie
JOUK Pierre-Simon	Génétique et Procréation
JUVIN Robert	Rhumatologie
KAHANE Philippe	Neurologie
KRACK Paul	Neurologie
KRAINIK Alexandre	Neuroradiologie & IRM
LANTUEJOU Sylvie	Anatomie et Cytologie pathologiques
LE BAS Jean-François	Neuroradiologie & IRM
LEBEAU Jacques	Chirurgie maxillo-faciale
LECCIA Marie-Thérèse	Dermatologie
LEROUX Dominique	Biologie et pathologie de la cellule
LEROY Vincent	Hépto Gastro Entérologie
LETOUBLON Christian	Chirurgie digestive & Urgence
LEVY Patrick	Physiologie
LUNARDI Joël	Biochimie
MACHECOURT Jacques	Cardiologie
MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire & thoracique
MAITRE Anne	Médecine du travail /Biologie intégrée
MASSOT Christian	Médecine interne
MAURIN Max	Agents infectieux / Bactériologie
MERLOZ Philippe	Orthopédie Traumatologie
MOREL Françoise	Enzymologie
MORAND Patrice	Virologie
MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MOUSSEAU Mireille	Oncologie médicale
MOUTET François	Chirurgie plastique et reconstructrice
PASSAGIA Jean-Guy	Neurochirurgie
PAYEN DE LA GARANDERIE JF	Anesthésie Réanimation
PELLOUX Hervé	Parasitologie et Mycologie
PEPIN Jean-Louis	Physiologie du sommeil
PERENNOU Dominique	Rééducation & Physiologie
PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PISON Christophe	Pneumologie
PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
POLLAK Pierre	Neurologie
PONS Jean-Claude	Gynécologie Obstétrique
RAMBEAUD J Jacques	Urologie
REYT Emile	ORL
RIGHINI Christian	ORL
ROMANET J. Paul	Ophthalmologie
SARAGAGLIA Dominique	Orthopédie
SCHLATTNER Uwe	Biologie
SCHMERBER Sébastien	ORL
SEIGNEURIN Daniel	Anatomie & Cytologie
SELE Bernard	Génétique & Procréation
SESSA Carmine	Chirurgie thoracique et vasculaire
STAHL Jean-Paul	Infectiologie

TIMSIT Jean-François
TOUSSAINT Bertrand
VANZETTO Gérald
VUILLEZ Jean-Philippe
ZAOUI Philippe
ZARSKI Jean-Pierre

Réanimation médicale
Biochimie et Biologie moléculaire
Cardiologie
Biophysique et Traitement de l'image
Néphrologie
Hépatogastroentérologie

Liste des maîtres de conférences des universités - Praticiens hospitaliers

BOTTARI Serge
BOUTONNAT Jean
BRENIER-PINCHART M. Pierre
BRICAULT Ivan
BRIOT Raphaël
CALLANAN-WILSON Mary
CROIZE Jacques
DERANSART Colin
DETANTE Olivier
DUMESTRE-PERARD Chantal
EYSSERIC Hélène
FAURE Anne-Karen
FAURE Julien
GARBAN Frédéric
GAVAZZI Gaëtan
GILLOIS Pierre
GRAND Sylvie
HENNEBICQ Sylviane
HOFFMANN Pascale
JACQUOT Claude
LABARERE José
LAPORTE François
LARDY Bernard
LARRAT Sylvie
LAUNOIS-ROLLINAT Sandrine
MALLARET Marie-Reine
MAUBON Danièle
MOREAU-GAUDRY Alexandre
MOUCHET Patrick
PACLET Marie-Hélène
PALOMBI Olivier
PASQUIER Dominique
PELLETIER Laurent
PAYSANT François
RAY Pierre
RENVERSEZ J. Charles
RIALLE Vincent
SATRE Véronique
STANKE-LABESQUE Françoise
STASIA Marie-Josée
TAMISIER Renaud
WEIL Georges

Biologie Cellulaire
Biologie et Pathologie de la Cellule
Parasitologie
Radiologie et imagerie médicale
Pôle Urgence SAMU
Génétique
Bactériologie Virologie
Neurologie LAPSEN
Clinique de Neurologie
Immunologie
Médecine légale
Génétique et Procréation
Génétique et Procréation
Hématologie clinique
Médecine gériatrique et communautaire
Information et Informatique Médicale
Radiologie et Imagerie Médicale IRM
Bio développement et reproduction
Gynécologie Obstétrique
Anesthésie Réanimation Chirurgicale
Veille sanitaire
Biochimie et Biologie Moléculaire
Laboratoire d'Enzymologie
Département des Agents infectieux
Explo fonctionnelles cardiorespiratoires
Epidémiologie, Hygiène hospitalière
Agents infectieux/Parasitologie-Mycologie
Département d'innovations technologiques
Physiologie
Biologie et Pathologie de la cellule
Clinique de Neurochirurgie
Anatomie et Cytologie Pathologiques
Biologie Cellulaire
Clinique de Médecine légale
Génétique et Biologie de la reproduction
Biochimie et Biologie Moléculaire
Information et Informatique Médicale
Génétique chromosomique
Laboratoire de Pharmacologie
Biologie et Pathologie de la cellule
Physiologie
Biostatistiques et Informatique Médicale

Remerciements

A ma directrice de thèse, le Docteur Isabelle Templier. Merci de l'intérêt que tu as porté à ce travail et de m'avoir encadré lors de sa réalisation. Nos différentes entrevues ont toujours été teintées de bonne humeur et j'y venais toujours avec plaisir.

Au Professeur Dominique Plantaz, Président de jury, qui m'a accompagné lors de mon parcours d'interne de pédiatrie. Merci de votre gentillesse et de votre disponibilité.

Au Professeur Franck Boralevi venu spécialement du grand Ouest. Merci d'avoir fait tout ce chemin et surtout un grand merci pour toutes les connaissances que tu m'as transmises lors de mon semestre à Bordeaux. Je m'attellerai à faire des photos sur fond bleu !

Au Professeur Marie-Thérèse Leccia. Merci d'avoir accepté de faire parti de mon jury et d'avoir relu notre travail. Merci également de m'avoir permise de faire un stage orienté en allergologie dans votre service.

Au Docteur Anne-Pascale Michard-Lenoir, qui fut ma directrice de mémoire de DES. N'étant pas passée aux urgences pédiatriques en tant qu'interne, nous aurons quand même fait un bout de chemin ensemble.

A Sébastien, pour avoir été, tout simplement, à mes cotés, malgré la distance. Gaufres et calissons en prime !

A mes Parents. Même éloignés, vous avez toujours été là et votre soutien m'est très précieux. Vous dire Merci semble bien trop peu pour toute une vie. Vous resterez tels que vous êtes, toujours des modèles pour moi. La belle région Chambérienne qui n'attend plus que vous !

A Mamie Du pour son soutien et ses règles d'orthographe.

A Cyprien, pour son aide informatique et pour m'avoir aéré l'esprit lors de la longue période de rédaction.

A Mathurin, mon petit frère qui a fini ses études avant moi.

A tous les Pédiatres que j'ai rencontré et qui m'ont communiqué chacun un peu de leur amour pour ce métier. Tout particulièrement au Pr Debillon, merci de votre disponibilité et votre implication pour les internes, et à Eglantine pour ta joie de vivre et ton amitié.

A tous mes co-internes de route et de voisinage, sans qui tous les moments passés auraient été bien différents.

A tous mes amis d'ici, rencontrés au cours de ces 4 ans sur Grenoble et les environs. Je compte bien continuer la route avec vous-même si les distances vont s'allonger !

A tous mes amis de là-bas (spécialement Mélanie, Aurélie pour le Nord et Kaïs pour l'Ouest). Merci de me supporter dans tous les sens du terme!

Abréviations

CHU	-	Centre Hospitalier Universitaire
DA	-	Dermatite Atopique
DS	-	Dermite Séborrhéique
EBV	-	Epstein Barr Virus
HCE	-	Hôpital Couple-Enfant
HSV	-	Herpès Simplex Virus
MNI		Mononucléose Infectieuse
MT	-	Médecin Traitant
MG		Médecin Généraliste
NN	-	Nouveau-né
PR	-	Purpura Rhumatoïde
PTI	-	Purpura Thrombopénique Idiopathique
SPMB	-	Syndrome Pied Main Bouche
UHCD	-	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UP	-	Urgences Pédiatriques

Sommaire

Sommaire	8
1. Résumé.....	10
2. Summary.....	11
3. Introduction.....	12
4. Matériels et Méthodes.....	13
4.1. Type et période d'étude	13
4.2. Lieu de l'étude	13
4.3. Critères d'inclusion.....	13
4.4. Critères d'exclusion	13
4.5. Recueil de données	14
4.6. Méthode statistique	14
5. Résultats.....	15
5.1. Nombre et secteurs d'inclusion.....	15
5.2. Population des Urgences Pédiatriques	16
5.2.1. Epidémiologie	16
5.2.2. Visites et traitements antérieurs	16
5.2.3. Personnes adressant l'enfant aux UP pour raison dermatologique.....	16
5.2.4. Diagnostics.....	17
5.2.5. Recours aux examens complémentaires	22
5.2.6. Demande d'avis spécialisé.....	22
5.2.7. Evolution/Devenir.....	23
5.2.8. Traitement et suivi proposés	24
5.3. Population du service de dermatologie	24
5.3.1. Epidémiologie	24
5.3.2. Visites et traitements antérieurs	25
5.3.3. Personnes adressant l'enfant dans le service de dermatologie.....	25
5.3.4. Diagnostics.....	26
5.3.5. Avis spécialisé	32
5.3.6. Suivi et traitements	32
5.4. Population de nouveaux-nés de la maternité	33
5.4.1. Définition et épidémiologie	33
5.4.2. Diagnostics.....	33
5.4.3. Recours aux examens complémentaires	34
5.4.4. Avis spécialisé	34
5.4.5. Suivi et traitements	34
5.5. Population hospitalisée	34
5.5.1. Définition	34
5.5.2. Diagnostics.....	34
5.5.3. Avis spécialisé	35
5.6. Population des consultations externes	35

6.	Discussion:	36
6.1.	Facteurs épidémiologiques	36
6.2.	Diagnostics	37
6.2.1.	Aux Urgences Pédiatriques	37
6.2.2.	En service de dermatologie	38
6.2.3.	En maternité	39
6.2.4.	Population d'enfants hospitalisés	40
6.3.	Gravité	40
6.4.	Collaboration pédiatre-dermatologue	41
7.	Conclusion	43
8.	Bibliographie	45
9.	Annexes	47

1. Résumé

Objectif : Décrire la population pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Grenoble consultant ou hospitalisée pour raison dermatologique ou présentant une pathologie dermatologique intercurrente lors d'une hospitalisation ou d'un séjour en maternité et étudier la fréquence et les motifs de recours à un dermatologue par les pédiatres devant un enfant présentant une atteinte dermatologique.

Patients et méthodes : Etude prospective menée sur une période de 6 mois, du 17 mai au 17 novembre 2011 colligeant l'ensemble des pathologies dermatologiques chez les enfants ambulatoires et hospitalisés des services de pédiatrie et de dermatologie.

Résultats : Au total, 1012 venues ont été enregistrées dans 9 secteurs d'activité. Le service des urgences pédiatriques (UP) regroupe 55% des inclusions, ce qui représente 8% de son activité globale. Vingt huit pour cent des inclusions ont été réalisées dans le service de dermatologie et 15% à la maternité. Aux UP, les 3 diagnostics les plus fréquents sont l'urticaire, les piqûres d'insectes et les lésions virales aspécifiques. Une hospitalisation a été nécessaire pour 12,4% des consultants des UP dont 10% en service de réanimation ou surveillance continue. Il n'y a eu aucun décès imputable à la pathologie dermatologique. Une consultation spécialisée de dermatologie a été demandée pour 10% des enfants du département de pédiatrie pour aide diagnostique et thérapeutique. Pour les enfants vus dans le service de dermatologie, les diagnostics principaux sont les naevus, la dermatite atopique (DA) et les hémangiomes. Dans ce secteur, 26% des consultations étaient demandées par le département de pédiatrie. En maternité, bien que 10% des nouveaux-nés présentent des lésions dermatologiques, peu d'entre elles nécessitent un avis spécialisé car la majorité sont bénignes, transitoires et bien connues des pédiatres.

Conclusion : D'étiologie et de gravité très variables, les pathologies dermatologiques représentent un motif de consultation très fréquent dans la population pédiatrique et les pédiatres ont recours à un avis dermatologique dans un nombre non négligeable de cas. Ceci souligne l'importance d'une bonne formation et d'une collaboration étroite entre pédiatres et dermatologues pour une prise en charge optimale de l'enfant.

Mots Clés : Dermatologie, Pédiatrie, Diagnostics, Collaboration.

2. Summary

Objective : Description of a group of children, aged under 15 years and 3 months old, outpatients or inpatients (hospitalized or during a maternity stay) presenting a dermatologic disease, at the Grenoble Teaching Hospital, and study of the motivations of pediatricians' requests to dermatologists and the frequency of their collaboration

Patients and methods : Prospective study carried out over 6 months from May 17th to November 17th 2011 including all the dermatologic diseases of outpatients and inpatients seen in pediatric and dermatologic departments.

Results : In total 1012 consultations were registered in 9 different activity centers. The Pediatric Emergency Department (PED) represents 55% of all the inclusions and 8% of its global activity. Dermatologic department is about 28% and dermatologic disease in maternity 15% of inclusions. The 3 most frequent diagnostics in PED are hives, insect bites and nonspecific viral eruption. Hospitalisation was necessary in 12.4% cases with 10% in intensive unit care. There was no death based on any dermatologic pathology. A dermatologic consultation was requested in PED for 10% of patients to help with diagnostic and treatment. In the dermatology department, the most frequent diagnostics have been nevus, atopic dermatitis and hemangioma. In this sector, 26% of the consultations were asked by PED.

Conclusion : Dermatologic diseases, of very different etiology and variable severity, represent a major motivation for consultation, thus leading pediatricians to frequently turn to dermatologic advice. Hospitalisation is often needed. This study underlines the necessity to proceed to a good training and create a close collaboration between pediatricians and dermatologists, which is key to obtain the best care for children.

Key Words : Dermatology, Pediatrics, Diagnosis, Collaboration.

3. Introduction

La pédiatrie est un vaste domaine de pathologies très variées. La dermatologie y occupe une part importante, notamment dans les services d'urgences. Les lésions cutanées et muqueuses, responsables d'une inquiétude parentale forte de part leur caractère affichant, regroupent en réalité de multiples diagnostics de gravité très variable, allant de la simple consultation ambulatoire à une hospitalisation en réanimation. Devant cette hétérogénéité, l'avis d'un spécialiste en dermatologie peut s'avérer essentiel autant d'un point de vue diagnostique que thérapeutique.

Le but de cette étude est d'une part de dresser un bilan de l'activité de dermatologie pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble sur une période de 6 mois et d'autre part d'étudier la fréquence et les motifs de recours à un dermatologue par les pédiatres devant un enfant présentant une affection dermatologique.

4. Matériels et Méthodes

4.1. Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive, observationnelle et unicentrique menée au CHU de Grenoble sur une période de 6 mois du 17 mai au 17 novembre 2011.

4.2. Lieu de l'étude

Notre étude s'est déroulée à la fois sur l'Hôpital Couple-Enfant du CHU qui regroupe les services des urgences pédiatriques (UP), de consultations externes, de pédiatrie polyvalente, de soins protégés oncologiques, de surveillance continue, de réanimation pédiatrique, d'hôpital de jour, de néonatalogie, de maternité et sur le secteur de consultations externes du service de dermatologie.

4.3. Critères d'inclusion

Dans le département de pédiatrie, étaient inclus tous les enfants de 0 à 15 ans et 3 mois, consultant pour un motif dermatologique aux UP médicales ou en consultation externe, les enfants en hospitalisation programmée pour exploration ou traitement d'une pathologie dermatologique ainsi que les enfants et nouveaux-nés chez qui une atteinte cutanée ou muqueuse était constatée lors d'une hospitalisation ou d'un séjour en maternité.

Dans le service de dermatologie, étaient inclus tous les enfants consultants de 0 à 15 ans et 3 mois.

Pour des raisons de commodité, le terme de « consultation » sera utilisé par la suite pour chacune de ces inclusions.

4.4. Critères d'exclusion

Étaient exclus les consultants aux UP chirurgicales et les enfants vus en allergologie.

4.5. Recueil de données

Le recueil a été effectué grâce à un questionnaire rempli par la personne prenant en charge l'enfant. Ce questionnaire était adapté au secteur d'inclusion afin d'en faciliter la lecture et le remplissage. Une relecture du Dossier Médical d'Urgences informatisé, dans le service des urgences pédiatriques, et une revue des rendez-vous de chaque médecin dans le service de dermatologie, ont permis une inclusion exhaustive.

Pour chaque venue, les données recueillies étaient le lieu de visite (un des services du département de pédiatrie ou le service de dermatologie), la date de consultation, la personne adressant l'enfant ainsi que la date de naissance et le sexe de celui-ci. Pour les enfants consultant aux UP, était précisée l'heure de venue, la journée étant définie entre 8h et 19h et la nuit entre 20h et 7h. Pour les enfants vus en dermatologie, était précisé si l'examen était réalisé par l'interne dans le cadre de la consultation d'urgence ou par le senior dans le cadre d'une consultation programmée et s'il s'agissait d'une consultation de suivi ou non. D'autre part, étaient collectées : le nombre de consultations antérieures pour le même motif, les traitements essayés, le diagnostic retenu ainsi que les méthodes diagnostiques utilisées, la nécessité d'un avis spécialisé en dermatologie, les traitements et le suivi proposés. (Annexes 1 à 4)

4.6. Méthode statistique

Les données recueillies ont été saisies sur le logiciel Epidata 3.1. Le logiciel Epidata Analysis en a permis l'analyse statistique. Les figures et tableaux ont été créés avec le logiciel Microsoft Excel.

5. Résultats

5.1. Nombre et secteurs d'inclusion

Sur la période d'étude de 6 mois, on recensait 1012 venues dans les différents secteurs pour un nombre total de 959 enfants. La figure 1 représente les secteurs d'inclusion.

Le service des urgences pédiatriques (UP) regroupait la majorité des consultations (n=554). Vingt huit pour cent des inclusions ont été réalisées dans le service de dermatologie (n=284) et 15% à la maternité (n=152). Quinze enfants hospitalisés pour un motif autre que dermatologique ont présenté une pathologie dermatologique intercurrente soit 1,5% des inclusions, dont 5 en pédiatrie polyvalente, 4 en néonatalogie, 1 en unité de surveillance continue et 1 en réanimation pédiatrique. Deux enfants en hospitalisation programmée pour exploration d'une urticaire et mise en route d'un traitement pour hémangiome et cinq enfants vus en consultation externe par un pédiatre ont également été inclus.

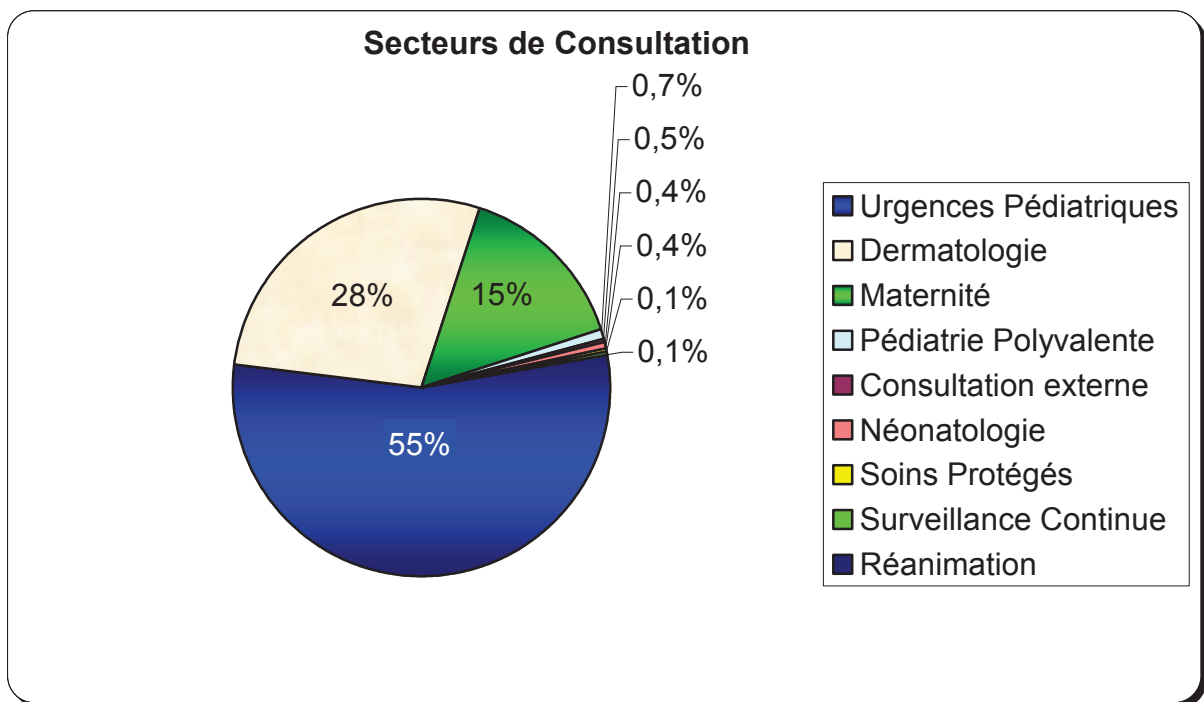


Figure 1 : Répartition par secteurs des consultations de dermatologie

Pour des raisons de clarté, nous avons étudié de façon séparée les différents lieux de consultations.

5.2. Population des Urgences Pédiatriques

5.2.1. **Epidémiologie**

Ce secteur regroupait 55% de l'ensemble des venues. Durant la période d'étude, 554 consultations pour raison dermatologique ont été menées chez 546 enfants différents, ce qui représentait 3 consultations par jour soit 8% de l'activité totale du service.

Soixante douze pour cent des consultations ont eu lieu la journée et 28% la nuit. On retrouvait une majorité de garçons avec un sex-ratio (H/F) de 1,5.

La figure 2 représente la répartition par tranche d'âge des enfants. La fréquence de consultation était inversement proportionnelle à l'âge. Plus de la moitié d'entre elles sont effectuées chez des nourrissons. La médiane d'âge des enfants était de 2,6 ans.

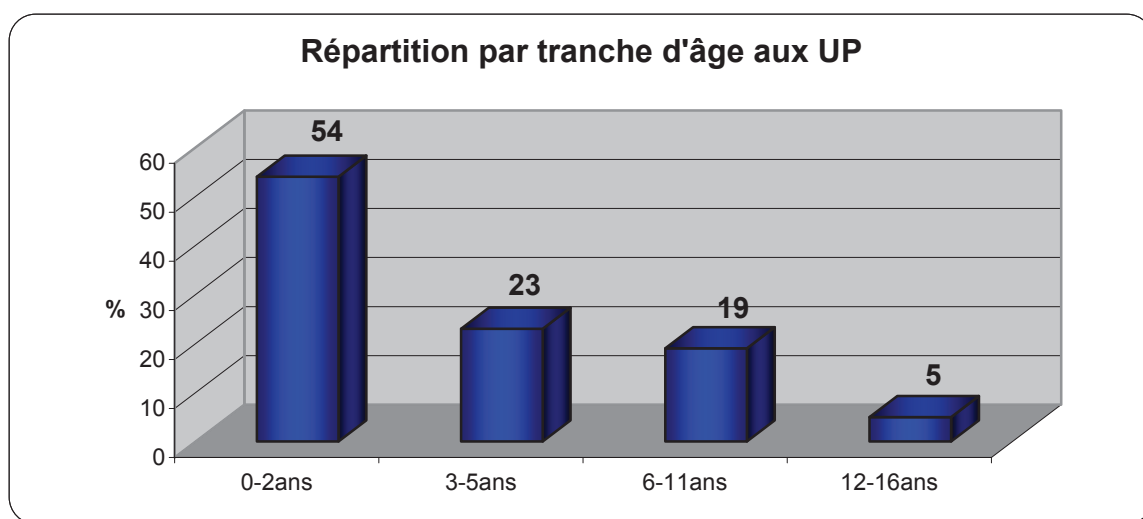


Figure 2 : Répartition par tranche d'âge des enfants consultants aux Urgences Pédiatriques.

5.2.2. **Visites et traitements antérieurs**

La venue aux UP représentait la première visite pour le problème dermatologique pour 61% des consultants. Pour les autres, 77% d'entre eux avaient déjà consulté leur MT et 27% leur pédiatre. Un dermatologue avait été consulté antérieurement dans 6% des cas. Un traitement antérieur avait été proposé dans 39% des cas.

5.2.3. **Personnes adressant l'enfant aux UP pour raison dermatologique**

La figure 3 détaille les personnes ayant adressé un enfant aux urgences pédiatriques.

Sur l'ensemble des consultations, 18% étaient demandées par un confrère dont 14.5% par un médecin généraliste, 1.8% par un pédiatre, et 1.4 % par un autre centre hospitalier.

Toutes les autres étaient une demande directe de la famille. Aucun enfant n'était adressé par un dermatologue.

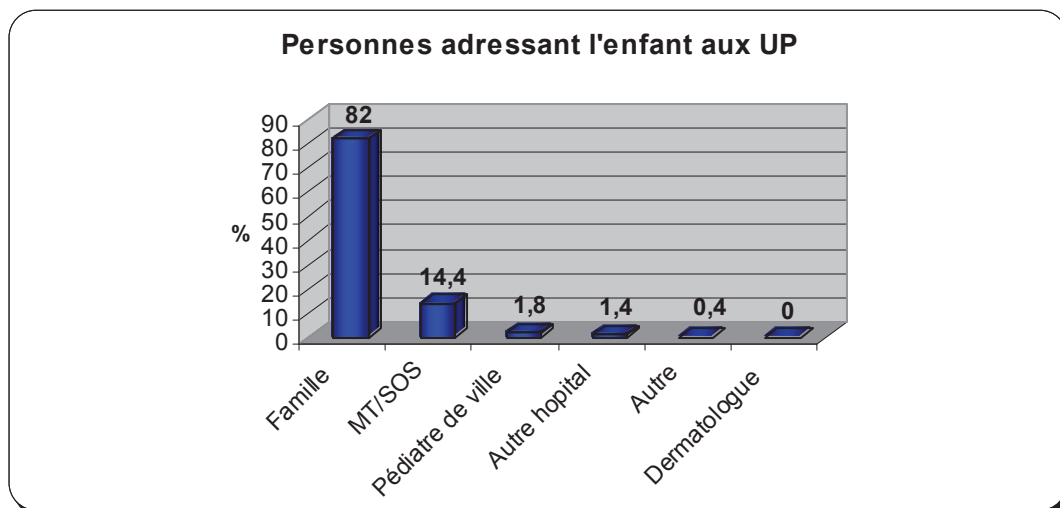


Figure 3 : Répartition par fonction des différents intervenants ayant adressés un enfant aux Urgences Pédiatriques.

5.2.4. Diagnostics

On retrouvait 57 diagnostics classés en 11 catégories, schématisées par la figure 4.

Les causes infectieuses représentaient près de la moitié des consultations, suivies des étiologies inflammatoires et des lésions causées par des agents extérieurs parmi lesquels les insectes représentaient 95% des cas.

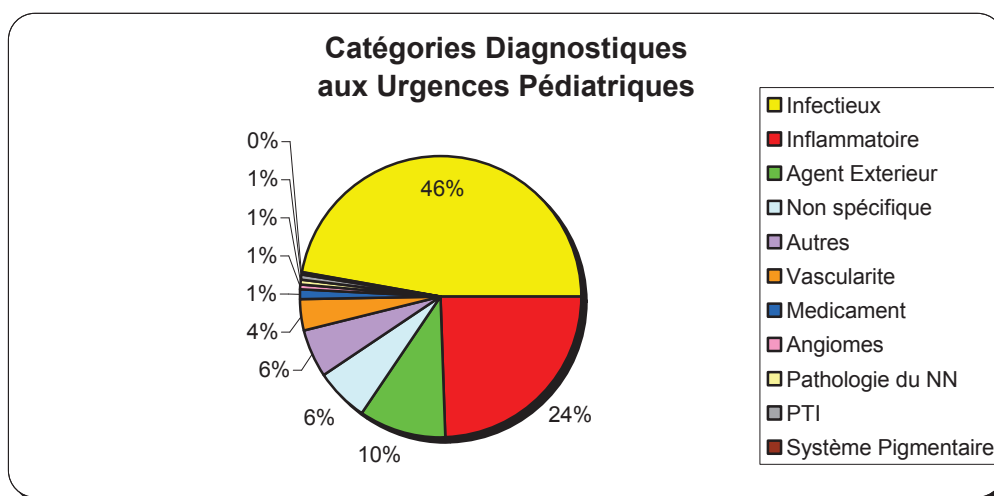


Figure 4 : Répartition en pourcentage des 11 catégories diagnostiques de la population des Urgences Pédiatriques

Le tableau 1 précise les diagnostics dans chaque catégorie. Dans l'ordre, les plus fréquents étaient l'urticaire, les piqûres d'insectes, les lésions virales aspécifiques, la varicelle, la dermatite atopique (DA), les lésions dues au virus de l'herpès (HSV) comprenant la gingivostomatite et l'eczéma herpéticum, le syndrome pied-main-bouche, les balanites et les cellulites. L'impétigo, les lésions candidosiques et les lésions non spécifiques étaient retrouvés chacun chez 19 patients. Les consultations pour éruption purpurique intéressaient près de 5% de la cohorte.

	Nombre %		Masculin Féminin		Age			Hospit %	
					Médian	p25	p75		
INFECTIEUX	257	47	141	116	2.2	1.2	4.4	33	12.8
Viral	163	29,8	96	67	2	1.1	3.6	18	
Aspécifique	43		24	19	1,4	1	2,9	5	
Varicelle	35		22	13	2,9	1	4,4	3	
Infection herpétique	27		16	11	2,2	1,4	5,4	7	
Synd pied-main-bouche	22		15	7	2.05	1,18	2,43	1	
Roséole	13		5	8	1,2	1	2,2	.	
Rougeole	7		3	4	5,4	0,9	8,9	.	
Molluscum									
Contagiosum	6		5	1	2,1	1,3	3,2	.	
MNI	3		1	2	7,6	2,7	9,4	2	
Condylome	2		2	0	5.70	5,7	5,7	.	
Herpangine	2		2	0	2.15	1,2	3,1	.	
Zona	2		0	2	1.25	1	1,5		
Synd de Giannotti Crosti	1		1	0	1.10	1,1	1,1	.	
Bactérien	62	11.3	28	35	4	2.1	7	13	
Cellulite	20		12	8	5,3	1,95	10,1	4	
Impétigo	19		6	13	2,6	0,8	7,7	1	
Scarlatine	11		4	7	4,7	3,2	5,6	.	
Choc Toxique Staph.	5		2	3	4.55	3,1	6,1	5	
Anite/vulvite	2		1	1	3,3	3,3	4	1	
Erysipèle	3		0	3	3	3	8,5	1	
Furoncle	2		1	1	4.60	4,5	4,7	.	
Mycologique	21	3.8	12	9	1.1	0.25	1.95	2	
Candidose	19		11	8	0,8	0,2	1,5	2	
Dermatophytie	1		1	0	3.50	3,5	3,5	.	
Pytriasis versicolor	1		0	1	9.80	9,8	9,8	.	
Parasitologique	7	1.3	4	3	3.9	1.5	9.1		
Scabiose	6		4	2	.	.	.		
Myiase	1			1	.	.	.		

Tableau 1 : Détails des diagnostics par catégorie avec le nombre de patients, l'âge médian, le sexe et l'hospitalisation

	Nombre %		Masculin Féminin		Age Médian p25 p75			Hospit %	
INFLAMMATOIRE	133	24.3	84	49	2.4	1.05	6.55	9	6.7
Urticaire	67		39	28	2,9	1,5	9,1	7	
DA	28		16	12	1,25	0,5	5,3	2	
Balanite	21		21	0	3,4	1,55	4,65	.	
Autres	5		2	3	2,6	1,5	10,8	.	
DS	4		2	2	0,25	0,1	2,7	.	
Erythème fessier	3		2	1	1,4	1,3	2,4	.	
Acné	2		0	2	0,1	0,1	0,1	.	
Eczéma contact	2		2	0	0,750	0,1	1,4	.	
AGENT EXTERIEUR	54	9.9	36	18	4.3	3.1	9.43	3	5.5
Piqûre d'insecte	51		33	18	4,40	3,10	9,40	.	
Autres	3		3	0	3,80	3,10	11,90	.	
NON SPECIFIQUE	33	6.1	22	11	2.2	1.1	5.3	9	27.2
Eruption non spécifique	19		12	7	2,10	1,10	5,00	.	
Purpura non spécifique	12		10	2	2,70	0,800	10,70	.	
Prurigo	2		0	2	4,40	1,70	7,10	.	
AUTRES	30	5.5	19	11	3.6	0.1	8.6	2	6.6
VASCULARITE	21	3.9	14	7	5.1	4.2	7.8	9	42.8
PR	16		12	4	5,10	4,90	8,00	5	
Maladie de Kawasaki	4		2	2	4,30	0,300	8,50	4	
Oedeme aigu hémorragique	1		0	1	2,50	2,50	2,50	.	
MEDICAMENT	5	0.9	4	1	0.9	0.2	7	.	
ANGIOMES	4	0.7	2	2	1.45	0.2	3.2	.	
Hémangiome	4		2	2				.	
PTI	3	0.6	2	1	8.2	0.9	12.5	2	66.6
PATHOLOGIES du NN	3	0.6	1	2	0.0	0.0	0.1	1	33.3
SYST PIGMENTAIRE	1	0.2	1	0	3.70	3.7	3.7	.	
TOTAL	544		326	218	2.6	1.2	5.6	68	12.4
Manquants	2		1	1					

Tableau 1 (suite) : Détails des diagnostics par catégorie avec le nombre de patients, l'âge médian, le sexe et l'hospitalisation

La figure 5 ci-après détaille, par tranche d'âge, la répartition des différentes catégories. La fréquence de consultations pour motif infectieux était inversement proportionnelle à l'âge. A l'inverse, les pathologies d'origine inflammatoire et causées par des agents extérieurs augmentaient avec l'âge de l'enfant.

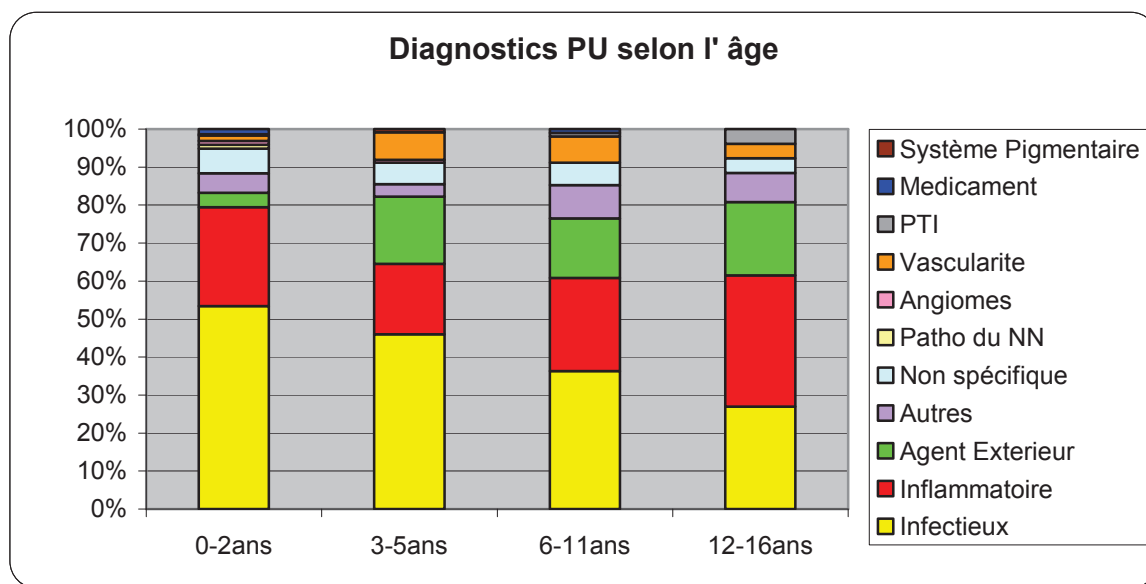


Figure 5: Répartition par tranche d'âge des 11 catégories diagnostiques de la population des Urgences Pédiatriques.

Le tableau 2 détaille, par tranche d'âge, les diagnostics les plus fréquents. L'urticaire était le premier diagnostic retrouvé chez le nourrisson et l'enfant de plus de 6 ans. Les piqûres d'insectes ne concernaient que les plus de 3 ans. La dermatite atopique était exclusivement retrouvée chez le nourrisson. Les balanites et éruptions virales aspécifiques étaient des pathologies du nourrisson et du jeune enfant.

Age	0-2 ans	% (n=294)	3-5 ans	% (n=124)	6-11 ans	% (n=102)	>12 ans	% (n=26)
Diagnostics	Urticaire	11,6 (34)	Piqûre Insecte	15,3 (19)	Urticaire	14,7 (15)	Urticaire	34,5 (9)
	Viral Aspécifique	11,2 (33)	Varicelle	8,1 (10)	Piqûre Insecte	14,7 (15)	Piqûre Insecte	19,2 (5)
	SPMB	6,8 (20)	PR	6,4 (8)	Oedeme allergique	6,8 (7)	Cellulite	11,5 (3)
	Infection HSV	6,5 (19)	Balanite	7,2 (9)	Varicelle	6,8 (7)	Impétigo	7,7 (2)
	Varicelle	6,1 (18)	Urticaire	6,4 (8)	Cellulite	6,8 (7)		
	Candidose	6,1 (18)	Viral Aspécifique	5,6 (7)	Eczéma contact	5,9 (6)		
	Dermatite Atopique	5,8 (17)	Scarlatine	5,6 (7)	PR	4,9 (5)		
	Roséole	4,4 (13)	Eruption Non Spé	3,2 (4)	Impétigo	3,9 (4)		
	Eruption Non Spé.	4,1 (12)			Infection HSV	3,9 (4)		
	Balanite	3,4 (10)						
	Impétigo	3,4 (10)						

Tableau 2 : Répartition par tranche d'âge des diagnostics les plus fréquents aux UP.

5.2.5. Recours aux examens complémentaires

Le diagnostic était posé suite au seul examen clinique dans 84% des cas. Pour les autres, le recours à un examen complémentaire était nécessaire. Les différents examens paracliniques utilisés sont détaillés dans la figure 6.

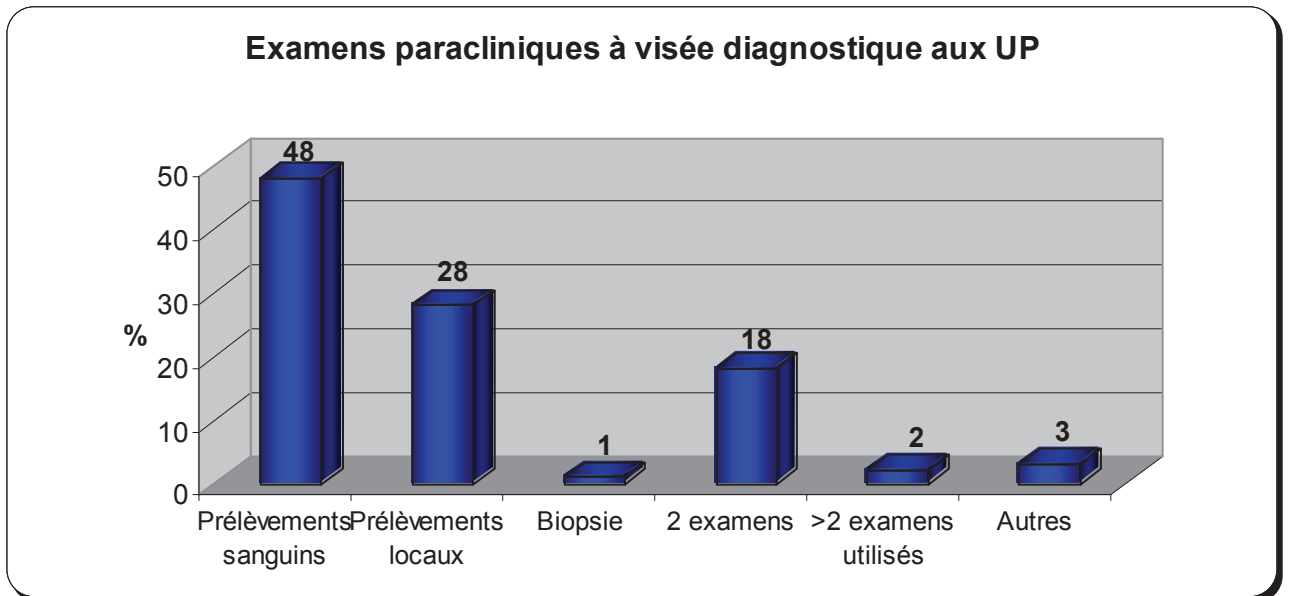


Figure 6 : Répartition en pourcentage des différents examens paracliniques utilisés à visée diagnostique aux Urgences Pédiatriques.

5.2.6. Demande d'avis spécialisé

Sur l'ensemble des venues, 10% soit 56 enfants ont bénéficié d'une consultation spécialisée auprès des dermatologues du CHU. Quarante deux avis ont été donnés chez des enfants ambulatoires et 14 chez des enfants hospitalisés à la suite de leur venue aux UP pour le motif dermatologique. Les 3 principales catégories diagnostiques justifiant un avis dermatologique étaient « infectieuses » dans 50,9%, « inflammatoires » dans 27,3% et « non spécifiques » dans 13,8%. La principale demande des pédiatres était alors une aide au diagnostic, soit par confirmation d'une hypothèse émise, soit par proposition d'un diagnostic dans le cas des lésions non spécifiques et non étiquetées. Le deuxième bénéfice de cet avis spécialisé est l'obtention d'une conduite à tenir thérapeutique. En fonction de la nature des lésions, de l'état général de l'enfant, de l'heure de la consultation, l'avis était donné le jour même ou le lendemain, dans le service des UP ou d'hospitalisation de l'enfant

ou dans le service de dermatologie où une consultation dédiée aux urgences a lieu tous les matins.

D'autres types d'avis spécialisés ont également été donnés, en chirurgie pour 4,7 % des enfants, en allergologie pour 1,3% d'entre eux et 2 enfants ont été vus en ophtalmologie.

5.2.7. Evolution/Devenir

Une hospitalisation pour prise en charge de l'affection dermatologique a été nécessaire pour 68 enfants (12,4%). Le tableau 1 détaille les motifs et la figure 7 les secteurs d'hospitalisation et la demande d'avis spécialisé pour chacun d'entre eux. Soixante pour cent de ces enfants ont été hospitalisés dans l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), ce qui représentait 2,2% de l'ensemble des hospitalisations dans ce secteur. Pour les autres, on notait un séjour en réanimation pour un patient atteint d'une maladie de Kawasaki compliquée d'une myocardite, 6 hospitalisations en unité de surveillance continue pour choc toxique staphylococcique (4), purpura fébrile sur entérovirus (1) et érysipèle (1), 17 hospitalisations en unité de pédiatrie polyvalente, 2 en chirurgie pédiatrique et 1 en néonatalogie.

Au total, un avis spécialisé en dermatologie a été demandé pour 14 des enfants hospitalisés soit 20,5% de ce sous-groupe avec une étiologie infectieuse dans 10 cas, inflammatoire dans 3 cas et une vascularite.

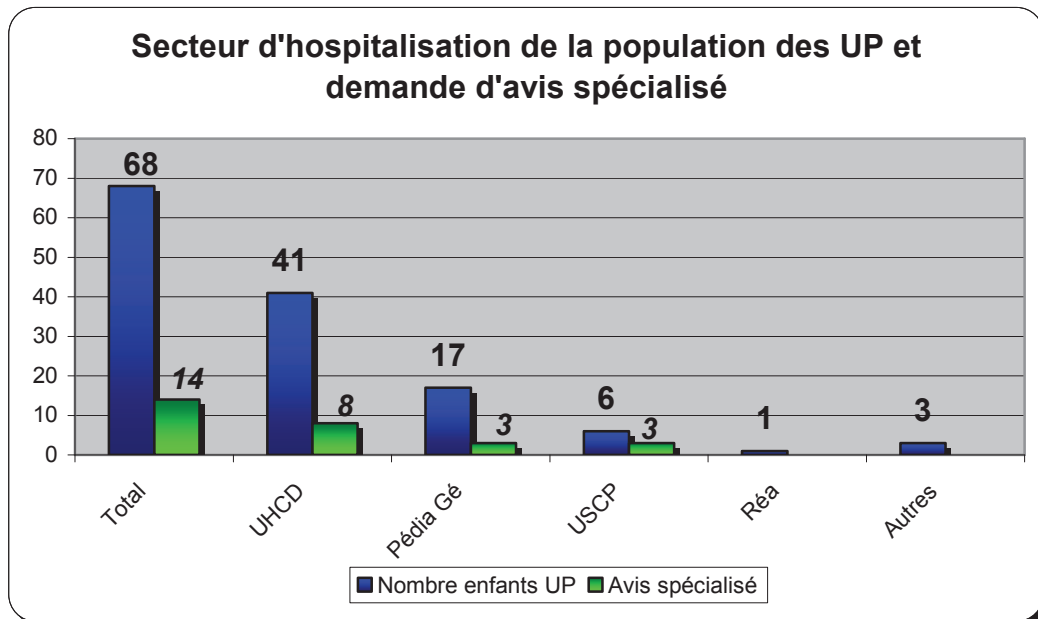


Figure 7 : Répartition des patients hospitalisés par secteur et nombre d'avis spécialisé demandés par secteur.

5.2.8. Traitement et suivi proposés

Un traitement était préconisé chez 84% des enfants dont 46% par voie générale, 21% par voie locale et 33% par une association des 2. D'une façon globale, un suivi ultérieur de la pathologie sera effectué par un dermatologue pour 7 % des enfants tout venant consultant aux UP contre 35% des enfants ayant bénéficié d'un avis dermatologique.

5.3. Population du service de dermatologie

5.3.1. Epidémiologie

Dans le service de dermatologie, sur la période de 6 mois, l'activité pédiatrique représentait 10% de toutes les consultations avec 1,6 consultation par jour menée chez des patients de moins de 15 ans et 3 mois. Au total, on dénombrait 284 consultations effectuées chez 239 enfants. Le sex-ratio (H/F) était de 1,1 et l'âge médian de 4,7 ans.

Quarante quatre pour cent de la cohorte (106 enfants, âge médian de 2,6 ans) ont été vus dans le cadre de la consultation d'urgence, assurée par un interne de dermatologie et 56% (133 enfants, âge médian 6,65 ans) l'ont été dans le cadre d'une consultation programmée, assurée par un médecin du service.

La figure 8 détaille leur répartition par tranche d'âge. Plus de la moitié des consultants en urgence étaient des nourrissons alors que plus de 50% des consultations programmées ont eu lieu chez les plus de 6 ans.

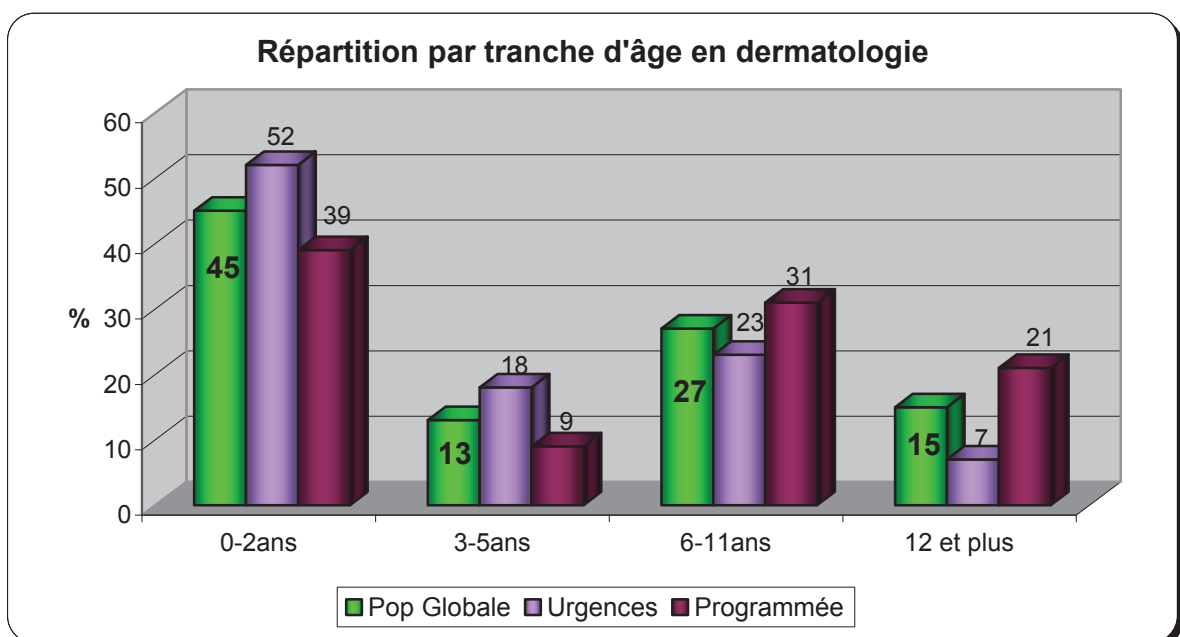


Figure 8 : Répartition par tranche d'âge des enfants vus par un dermatologue.

Détails des consultations d'urgence et programmées.

Sur les 133 enfants vus en rendez vous programmés, 63% d'entre eux consultaient pour la première fois dans le service et seulement 37% revenaient pour le suivi d'une pathologie.

5.3.2. Visites et traitements antérieurs

Quatre vingt sept pour cent des enfants vus pour la première fois avaient déjà consulté pour le même problème dont deux fois et plus pour 55% d'entre eux. Vingt trois pour cent de ces enfants avaient déjà consulté un dermatologue. Un traitement avait été essayé pour 50% de la cohorte.

5.3.3. Personnes adressant l'enfant dans le service de dermatologie

Sur l'ensemble des enfants consultant pour la première fois, 39% étaient adressés par le département de pédiatrie. Vingt sept de ces consultations (36%) ont été menées auprès d'enfants hospitalisés dont 14 pour raison dermatologique et 13 qui ont présenté un problème dermatologique survenu lors d'une hospitalisation pour une autre raison ou lors de leur séjour en maternité. Ces consultations étaient, le plus souvent, menées dans le cadre de la consultation d'urgence assurée par un interne de dermatologie, qui référerait en cas de besoin au médecin senior. Les autres enfants étaient adressés par un médecin généraliste (19%), par la famille (16%), par un pédiatre de ville (13%) ou par un dermatologue (10%). Trois enfants étaient adressés par un autre centre hospitalier et 1 par un angiologue devant la persistance d'un hémangiome après traitement par laser. Les pédiatres de ville et les dermatologues adressaient préférentiellement les enfants vers la consultation programmée alors que les médecins généralistes orientaient de façon identique vers l'une ou l'autre des consultations. La figure 9 détaille ces différents intervenants.

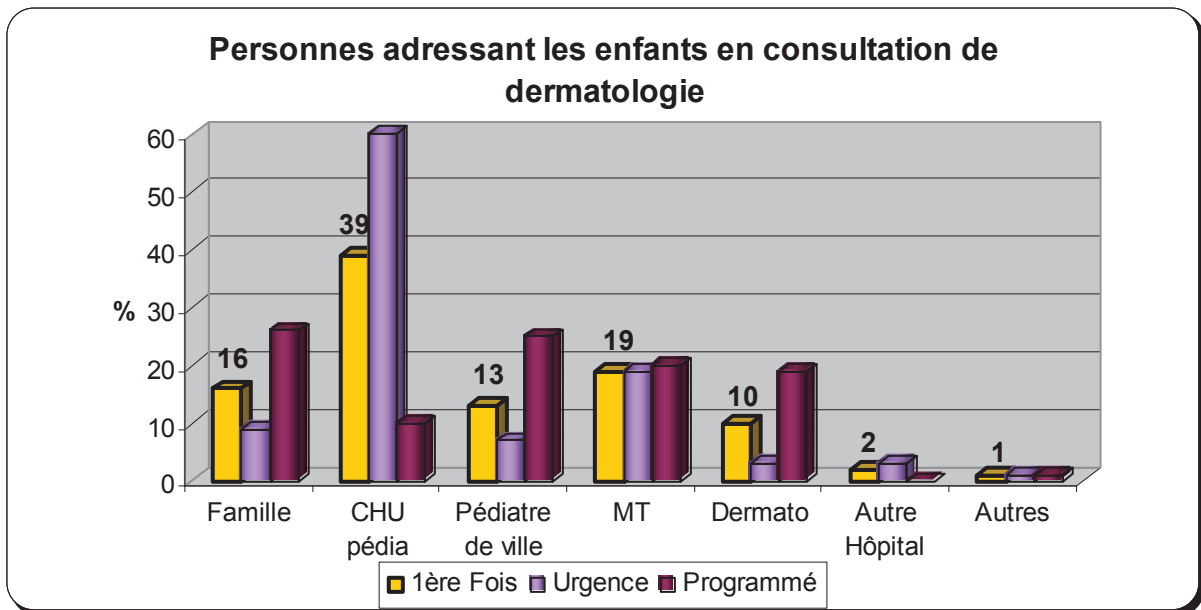


Figure 9 : Répartition par fonction des différents intervenants ayant adressé un enfant dans le service de dermatologie. Détails des consultations d'urgence et programmées.

5.3.4. Diagnostics

5.3.4.1. Répartition par catégorie

Sur le plan diagnostique et sur l'ensemble de la population pédiatrique du service de dermatologie, on retrouvait 62 diagnostics classés en 12 catégories différentes, schématisées par la figure 10. La moitié des diagnostics était répartie entre les catégories « inflammatoires » et « infectieuses ». Les maladies du système pigmentaire étaient en 3^{ème} place.

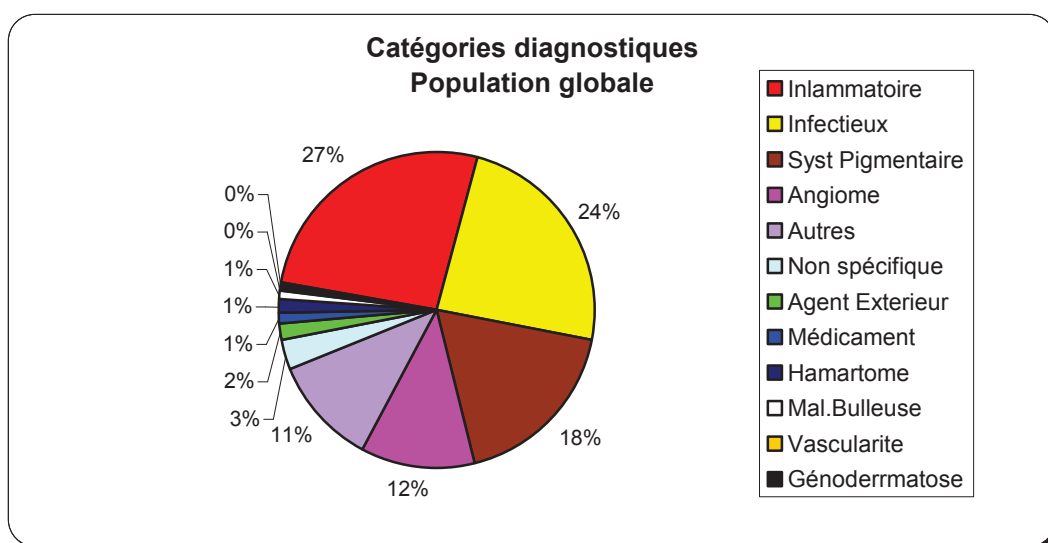


Figure 10 : Répartition en pourcentage des 12 catégories diagnostiques de la population globale du service de dermatologie

Le tableau 3 précise les diagnostics pour chaque catégorie. Dans l'ordre, les plus fréquents étaient les naevus pigmentaires, la dermatite atopique, les hémangiomes, les molluscum contagiosum et l'acné.

	Nombre	%	Masculin	Féminin	Age	p25	p75
INFLAMMATOIRE	61	25.5	35	26	5.90	0.80	12.70
Dermatite Atopique	30		16	14	2.6	0.60	7.18
Acné	11		9	3	14.90	14.20	15.10
Urticaire	6		4	2	1.30	0.40	2.00
Erythème fessier	3		.	3	0.0	0.0	1.40
Psoriasis	3		3	.	8.60	8.60	12.70
Dermite Seborrhéique	2		1	1	1.45	0.20	2.70
inflammation cuir chevelu	1		.	1	13.60	.	.
Eczéma de contact	1		1	.	8.10	.	.
Scérodermie	2		.	2	8.35	.	.
Granulomatose peri-orale	1		1	.	16.2	.	.
INFECTIEUX	59	24.6	28	31	5.20	1.9	8.60
Viral	37		20	17	5.20	2.20	8.00
Molluscum contagiosum	11		6	5	5.50	1.90	7.90
Verrue	6		4	2	10.40	7.40	15.20
Aspécifique	5		3	2	5.10	2.40	6.10
Syndrome Pied-Main-Bouche	3		1	2	2.30	1.50	3.40
Syndrome de Giannotti-Crosti	3		3	.	2.03	0.50	1.50
Varicelle	2		1	1	5.25	0.10	10.40
Condylome	2		.	2	2.30	2.65	3.00
Mononucléose Infectieuse	2		1	1	8.50	7.60	9.40
Infection Herpétique	1		1	.	0.80	.	.
Zona	1		.	1	1.50	.	.
Papillite virale	1		.	1	14.7	.	.
Bactérien	11		1	10	5.80	2.10	10.10
Impétigo	6		1	5	3.95	1.90	8.90
Furoncle	2		0	2	8.60	4.70	12.50
Choc toxique staphylococcique	2		0	2	5.95	5.80	6.10
Cellulite+/- abcès	1		0	1	10.10	.	.
Mycologique	4		3	1	11.1	3.5	13.9
Teigne	4		3	1			
Parasitaire	6		4	2	1.4	0.8	1.5
Scabiose	5		4	1	1.30	0.80	6.20
Myiase	1		0	1	1.50	.	.
Erythème Polymorphe	1			1	4	.	.

Tableau 3 : Détails des diagnostics par catégorie avec le nombre de patients, l'âge moyen et le sexe des enfants.

	Nombre	%	Masculin	Féminin	Age	p25	p75
SYST PIGMENTAIRE	43	18	22	21	4.80	1.80	10.80
Naevus	34		17	17	6.00	1.73	11.28
Autre	3		3	0	0.50	3.70	6.50
Tache achromique	1		.	1	11.40	.	.
Tache café au lait	2		.	2	4.40	.	.
Dépigmentation post inflammatoire	2		1	1	3.80	.	.
Vitiligo	1		1	.	1.80	.	.
ANGIOME	28	11.7	13	15	0.80	0.40	1.60
Hémangiome	18		9	9	0.80	0.40	2.80
Angiome plan	6		3	3	0.85	0.40	1.60
Autres	2		.	2	.	.	.
AUTRES	27	11.3	12	15	4.70	1.60	11.40
NON SPECIFIQUE	7	3	4	3	2.60	5.80	12.90
Eruption non spécifique	5		3	2	5.80	5.80	13.90
Purpura non spécifique	1		1	0	7.70	.	.
Prurigo	1		0	1	2.00	.	.
AGENT EXTERIEUR	4	1.7	3	1	6.55	1.3	11.7
Insecte	4		3	1			
MEDICAMENT	3	1.3	2	1	3.10	1.20	9.40
HAMARTOME	3	1.3	1	2	8.50	0.10	9.60
MALADIE BULLEUSE	2	0.8	2	.	9.30	8.00	10.60
VASCULARITE	1	0.4	1	.	4.9	.	.
Purpura Rhumatoïde	1						
GENODERMATOSE	1	0.4	1	.	13.8	.	.
Ichtyose	1						
TOTAL	239		124	115	4.70	1.20	9.80

Tableau 3 (suite) : Détails des diagnostics par catégorie avec le nombre de patients, l'âge moyen et le sexe des enfants.

5.3.4.2. Répartition par tranche d'âge

La figure 11 détaille, par tranche d'âge la répartition des différentes catégories. Les dermatoses infectieuses, inflammatoires et du système pigmentaire étaient présentes à tous les âges alors que les angiomes étaient des motifs de consultations des nourrissons.

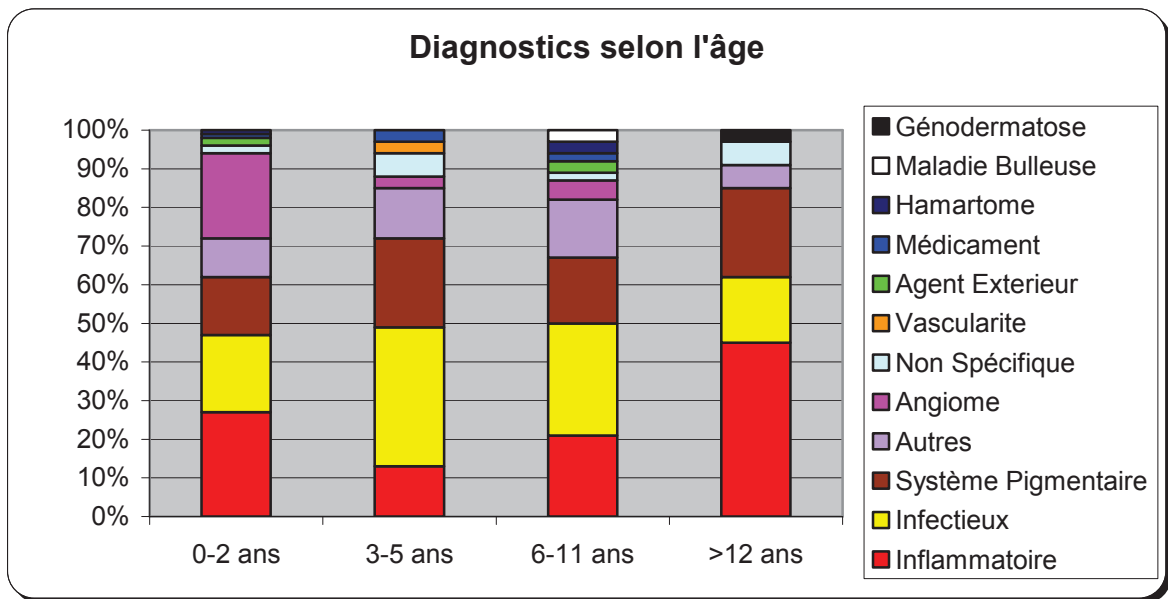


Figure 11 : Répartition par tranche d'âge des 12 catégories diagnostiques de la population du service de dermatologie.

Le tableau 4 détaille, par tranche d'âge, les diagnostics les plus fréquents. La DA était le premier diagnostic évoqué chez les nourrissons suivi des hémangiomes. Les consultations pour pathologies du système pigmentaire étaient présentes dans chaque tranche d'âge. L'acné n'intéressait que les patients de plus de 12 ans.

Age	0-2 ans	% (n=105)	3-5 ans	% (n=31)	6-11 ans	% (n=65)	>12 ans	% (n=35)
Diagnostics	DA	15,2 (16)	Naevus	12,9 (4)	Naevus	13,8 (9)	Acné	34,2 (12)
	Hémangiome	13,3 (14)	DA	9,6 (3)	Molluscum	7,6 (5)	Naevus	20 (7)
	Naevus	12,3 (13)	Viral Aspécifique	6,4 (2)	Verrue	7,6 (5)	DA	5,7 (2)
	Urticaire	5,7 (6)	Eruption Non Spé	6,4 (2)	Piqûre Insecte	3 (2)	Dermatophytie	5,7 (2)

Tableau 4: Répartition par tranches d'âge des diagnostics les plus fréquents de la population dermatologique.

5.3.4.3. Répartition selon les consultations d'urgence ou programmées

Elle est représentée par la figure 12. Les dermatoses infectieuses représentaient la majorité des consultations d'urgence (44%), suivies des dermatoses inflammatoires (28%). Puis on trouvait la catégorie « autres » (8%), parmi laquelle, 2 phytophotodermatoses, 1 botriomycome, 1 maladie de Still, 1 acrodermatite entéropathique sur déficit en zinc, 1 cicatrice hypertrophique, 1 sudamina, 1 alopecie post traumatique, 1 sapopénie. Les pathologies plus spécifiques et chroniques, de caractère non urgent, étaient vues lors de consultations programmées. En effet, 70% de ces consultations étaient partagées entre les maladies du système pigmentaire (29%), les maladies inflammatoires (24%) et les angiomes (17%). La catégorie « autres » comptait 2 mastocytoses, 2 botryomycomes, 1 phytophotodermatose, 1 syndrome de Vogt-Koyanagi-Harada, 1 pelade, 1 xantome, 1 kératose pilaire, 1 aptose buccale idiopathique, 1 hydroa vacciniforme, 1 prurit sine materia et un examen normal en consultation de contrôle d'une infection à *Mycoplasma Pneumoniae*.

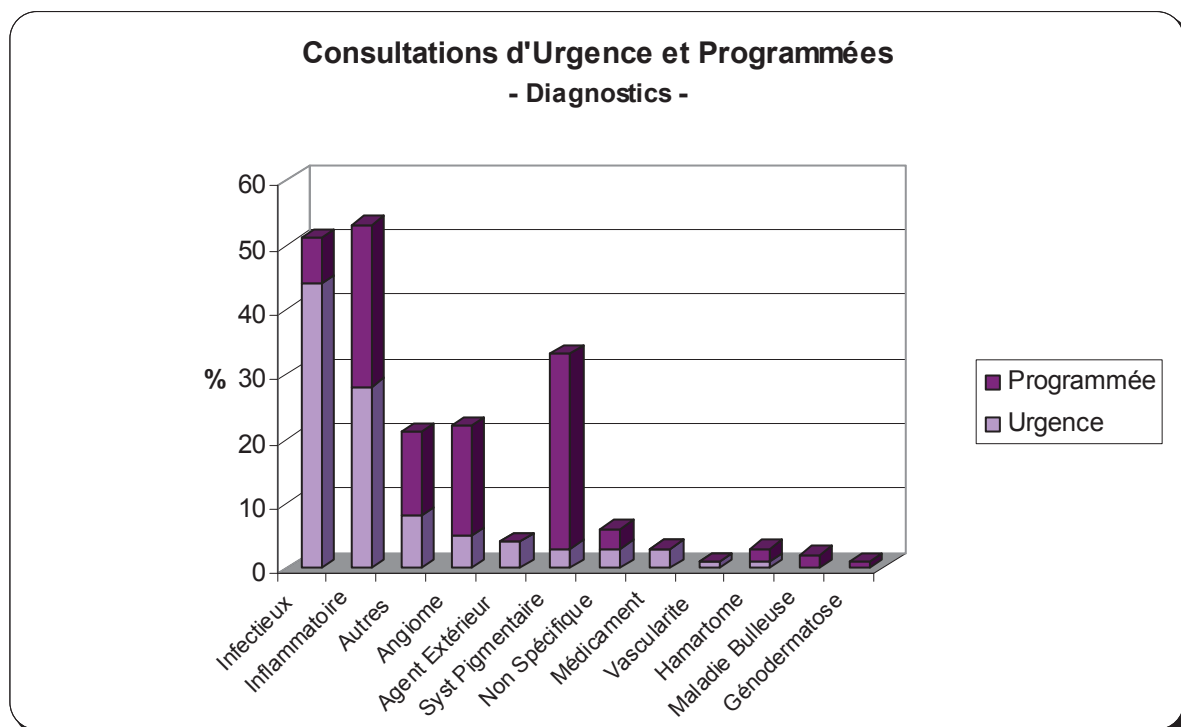


Figure 12: Comparatif des catégories diagnostiques de la population vue en urgence de celle vue en consultation programmée.

5.3.4.4. Recours aux examens complémentaires

Le diagnostic était posé suite au seul examen clinique dans 78% des cas. Pour 22% des patients, le recours à un examen paraclinique était nécessaire au diagnostic. Ils sont détaillés sur la figure 13.

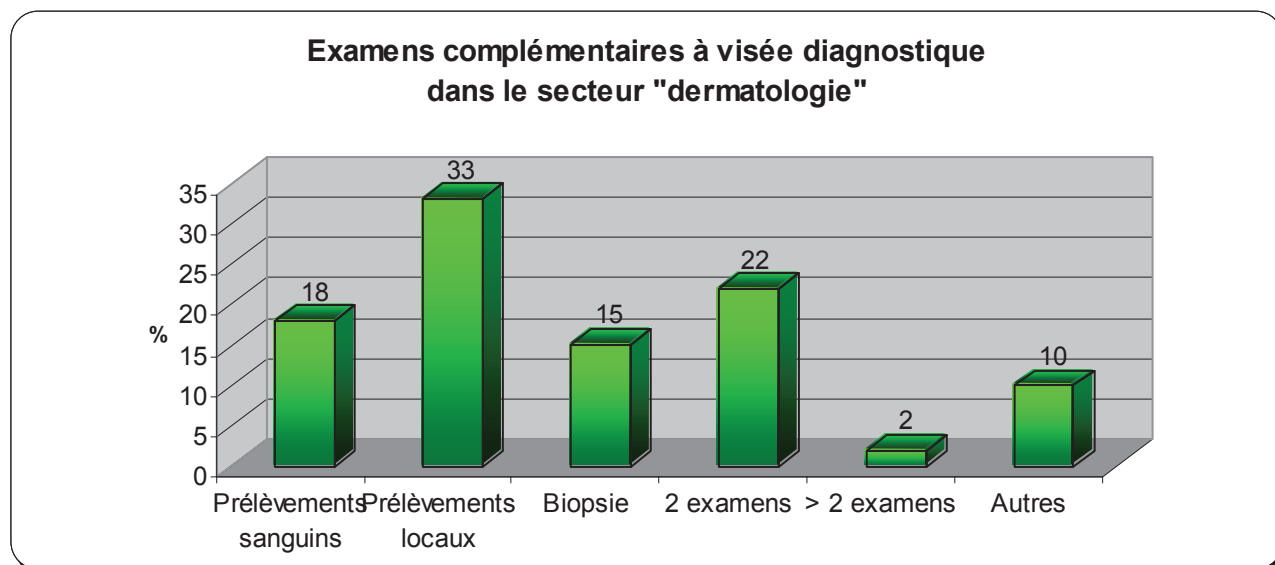


Figure 13: Répartition en pourcentage des différents examens paracliniques utilisés dans le secteur de dermatologie.

5.3.5. Avis spécialisé

Le recours à un autre médecin spécialiste était nécessaire dans 12% des cas, soit pour le diagnostic, soit pour la recherche de complications, soit pour la prise en charge thérapeutique. Ainsi, on retrouvait 11 avis auprès d'un allergologue, 5 avis chirurgicaux pour exérèse de 3 naevus, d'1 condylome vulvaire et d'1 hémangiome, 4 avis auprès d'un angiologue pour hémangiomes et 1 avis ophtalmologique pour évaluation du retentissement visuel d'un hémangiome de la paupière.

5.3.6. Suivi et traitements

Un traitement était préconisé pour 69% des enfants dont 60% en application locale, 20% par voie générale et 20% par une association des 2. Un suivi était préconisé pour 68% des enfants dont 67% en dermatologie, 17% chez l'allergologue et 17% chez le pédiatre ou médecin traitant.

5.4. Population de nouveaux-nés de la maternité

5.4.1. Définition et épidémiologie

Cette cohorte est composée de 152 nouveaux-nés, soit 10% des naissances sur la période, pour lesquels une atteinte cutanée a été constatée lors de leur séjour en maternité. On note une prédominance de garçons avec un sex-ratio (H/F) de 1,1.

Parmi eux, 6 bébés de l'Unité Kangourou nés prématurés. Tous les autres étaient nés à terme.

5.4.2. Diagnostics

On retrouvait 13 diagnostics classés en 6 catégories, schématisées par la figure 14. Les pathologies transitoires du NN étaient prédominantes et regroupaient 80% des diagnostics. Parmi ces lésions, on notait un érythème toxique chez 66% des patients, une miliaire sébacée chez 20,5%, une association des 2 lésions chez le même NN dans 8% des cas, 4 enfants (3,3%) avec une pustulose céphalique transitoire, 1 NN avec une pustulose plus diffuse et 1 NN avec une bosse sérosanguine. Parmi les autres catégories diagnostiques, étaient représentées les maladies du système pigmentaire dans 9% des cas soit 14 enfants avec pour 4 d'entre eux des nævus congénitaux, 7 taches mongoloïdes en région inhabituelle, 2 taches achromiques et une tache café au lait unique.

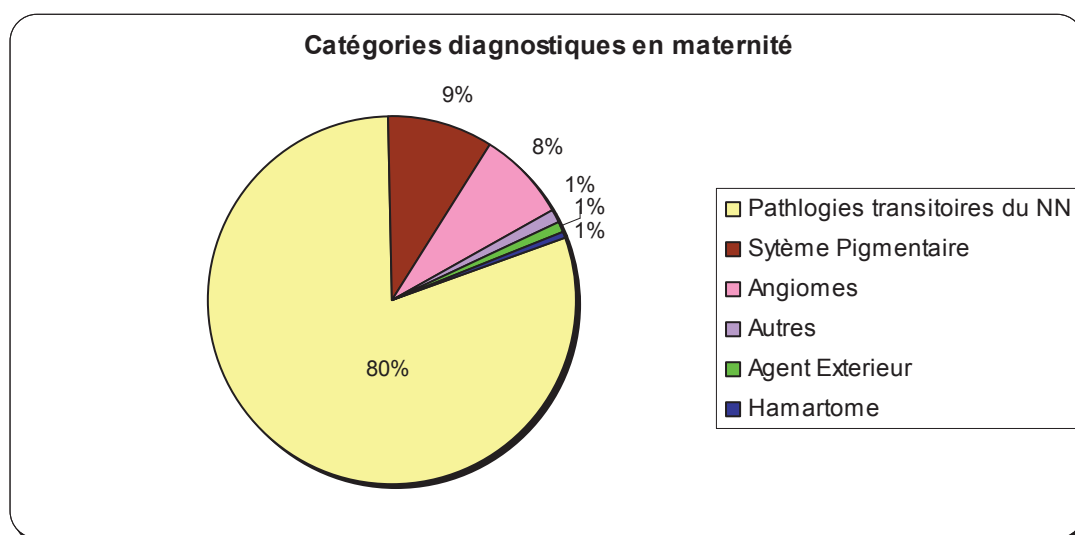


Figure 14 : Répartition des 6 catégories diagnostiques des NN de la maternité.

5.4.3. Recours aux examens complémentaires

Le diagnostic était posé dans plus de 99% des cas par l'examen clinique. Seul un nouveau né a eu besoin d'un prélèvement local dans le cadre d'une pustulose d'évolution spontanément favorable.

5.4.4. Avis spécialisé

La nécessité d'un avis spécialisé lors du séjour à la maternité était rare. Seuls 5 enfants soit 3,3% de cette cohorte en ont bénéficié dont 3 auprès d'un dermatologue pour naevus congénitaux et 2 auprès d'un chirurgien pour kystes dermoïdes de la face. Aucun n'a eu de prise en charge immédiate.

5.4.5. Suivi et traitements

Un suivi était prévu pour 8 enfants dont 4 chez le dermatologue (3 naevus et un hamartome), 2 chez le pédiatre/MT pour naevus avec moelle attachée basse, et 2 chez le chirurgien en préopératoire de kystes et d'hémangiome.

5.5. Population hospitalisée

5.5.1. Définition

Cette cohorte regroupait tous les enfants ayant présenté une pathologie dermatologique lors d'une hospitalisation pour une autre raison que dermatologique et ceux pour lesquels une hospitalisation avait été programmée en pédiatrie polyvalente pour motif dermatologique. Le sex ratio H/F était de 1,1.

5.5.2. Diagnostics

Les 2 hospitalisations programmées étaient justifiées par la mise en route d'un traitement par bêtabloquant pour un hémangiome en barbe et l'exploration d'une urticaire chronique.

Quatre nouveaux-nés du service de néonatalogie ont été inclus. Ils présentaient des effets indésirables cutanés de produits utilisés pour 3 d'entre eux (veinite après diffusion de

Vancomycine®), dermabrasion après antiseptie par Biseptine®), et pour le quatrième, une éruption pustuleuse spontanément résolutive sans traitement. Parmi les autres inclusions, on dénombrait, 7 enfants dans le service de pédiatrie polyvalente dont, une éruption dans un contexte de fièvre prolongée étiquetée maladie de Still, 4 enfants en unité de soins protégés présentant pour l'un, une éruption maculeuse brunâtre liée à un traitement par Methotrexate®, et pour les autres, un eczéma de contact sur pansement adhésif, une réaction du greffon contre l'hôte et une dermite séborrhéique, 1 enfant en unité de surveillance continue pour eczéma de contact sur pansement adhésif et 1 enfant en réanimation pour érythème fessier érosif dans un contexte de maladie digestive chronique.

Au total, pour 6 enfants sur 15 soit dans 40% des cas, les consultations étaient engendrées par la iatrogénie des traitements ou produits utilisés en hospitalisation.

5.5.3. Avis spécialisé

Un avis spécialisé en dermatologie a été demandé pour 10 d'entre eux soit 59% dont 2 consultations en réanimation et surveillance continue.

5.6. Population des consultations externes

Il s'agissait de 5 enfants vus en consultation externe par le Dr Pagnier, pédiatre spécialisée dans les maladies inflammatoires et dysimmunitaires. Le sex-ratio (H/F) était de 1/1,5 et la moyenne d'âge de 11,70 ans (\pm 3,90). Trois de ces enfants, suivis pour des troubles trophiques, une dysimmunité biologique et un CINCA syndrome, ont consulté pour un événement dermatologique intercurrent. Les 2 autres lui étaient adressés de façon ponctuelle pour l'affection dermatologique. Tous ont bénéficié d'un avis spécialisé en dermatologie ce qui a permis de porter un diagnostic de certitude pour 3 d'entre eux (onychomycoses et dermite des chaufferettes) et de proposer un traitement adapté.

6. Discussion:

Cette étude épidémiologique rapporte la fréquence et la diversité des pathologies dermatologiques rencontrées dans la population pédiatrique d'un CHU sur une période de 6 mois. Tous les enfants présentant une affection dermatologique, y compris les nouveaux-nés, ont été inclus dans un souci d'exhaustivité, regroupant de ce fait des situations très différentes suivant les secteurs d'inclusion qui seront donc discutés séparément.

6.1. Facteurs épidémiologiques

Quelque soit le secteur d'inclusion, notre étude a enregistré un plus grand nombre de garçons que de filles. Certaines décrivent au contraire, un sex-ratio en faveur des filles (1,2).

Aux UP, les consultations pour motif dermatologique représentent 8% de l'activité globale du service. La période d'étude a peut-être contribué à ce nombre important de consultations avec d'une part une prévalence plus élevée de certaines pathologies en saison estivale et d'autre part une accessibilité restreinte aux médecins de ville du fait des vacances scolaires. On note en effet que 80% des enfants ont été amenés directement par leur famille et que pour 61% d'entre eux, cette venue aux UP représente la première visite médicale pour le problème dermatologique. Affichantes et de ce fait angoissantes pour les parents en attente d'une peau parfaite, les affections cutanées motivent souvent une consultation dès l'apparition des premières lésions, fréquemment répétée en cas de non disparition rapide des symptômes. La facilité et la permanence d'accès aux UP permettent ces consultations précoces et itératives. Les enfants vus à la demande d'un confrère étaient principalement adressés par des médecins généralistes (14,4 % des consultations), les pédiatres adressant très peu d'enfants aux UP pour un motif dermatologique (1,8%) alors que les dermatologues n'en ont adressé aucun sur la période de l'étude.

L'activité pédiatrique représente 10% de l'activité globale de consultations du service de dermatologie. La grande majorité des enfants (79%) est vue dans le service pour la première fois et pour plus de la moitié d'entre eux (56%) dans le cadre de la consultation d'urgence. Cette dernière, accessible uniquement avec un courrier médical justifiant le caractère urgent, est assurée par un interne de dermatologie qui se réfère en cas de besoin à un médecin senior. Le rôle prépondérant de l'interne dans le bon fonctionnement de cette consultation est

reconnu depuis longtemps (3). Près de 60% des enfants vus dans le cadre de cette consultation est adressée par l'HCE. Les autres sont adressés majoritairement par leur médecin traitant (19%) suivi des pédiatres libéraux (7%) et des dermatologues (3%). Ainsi, à l'inverse des médecins généralistes qui sont les premiers médecins libéraux adressant des enfants en urgence aussi bien au niveau de l'HCE que du service de dermatologie, les pédiatres et dermatologues ont très peu recours à une consultation en urgence. Ils sont par contre à l'origine de 44% des consultations programmées en dermatologie, 25% des enfants étant adressés par des pédiatres et 19% par des dermatologues. Enfin, l'HCE n'a que peu recours à la consultation programmée (10% de ces consultations).

La grande majorité (87%) des enfants vus dans le service de dermatologie, que ce soit dans le cadre de la consultation d'urgence ou d'une consultation programmée, avaient déjà consulté pour le même problème. Les consultations de suivi ne représentent que 21% des inclusions mais sont probablement sous-estimées du fait de la durée de l'étude (6 mois) qui n'a pas permis d'inclure tous les enfants bénéficiant d'un suivi annuel.

Le pourcentage élevé d'inclusions (15%) au niveau de la maternité peut paraître surprenant. Toutefois, la majorité des affections retrouvées dans ce secteur sont transitoires et ne nécessitent aucun soin ni suivi particuliers. Les inclusions dans les autres secteurs (2%) sont plus anecdotiques, mais probablement sous-estimées du fait de l'impossibilité de vérifier l'exhaustivité des inclusions créant ainsi un biais de recrutement.

6.2. Diagnostics

6.2.1. Aux Urgences Pédiatriques

Les consultations pour motif dermatologique aux UP, bien que regroupant 57 maladies, définissent peu de catégories diagnostiques différentes. En effet, 80% des pathologies se répartissent en 3 catégories : les infections, les maladies inflammatoires et les lésions liées à des agents extérieurs. Kramkimel et al retrouve une répartition analogue dans une étude réalisée aux UP sur une période d'un an (4).

Les infections, qui représentent près de la moitié des consultations aux UP, regroupent de multiples pathologies dominées par les éruptions fébriles non spécifiques, le plus souvent virales et bénignes, et la varicelle. Le nombre de consultations pour dermatose infectieuse diminue avec l'âge.

Le groupe des dermatoses inflammatoires regroupe principalement 3 pathologies. L'urticaire, retrouvée chez 67 patients dans notre étude, est une cause fréquente de consultation aussi bien chez les nourrissons que chez les enfants âgés de plus de 6 ans (4,5). Même si elle révèle le plus souvent une pathologie bénigne, fréquemment virale chez l'enfant, ces papules prurigineuses et migratrices sont impressionnantes pour l'entourage et gênantes pour l'enfant qui se démange. Les consultations pour dermatite atopique (DA) concernent exclusivement les enfants de moins de 2 ans probablement parce-que les manifestations inaugurales de cette maladie, alors méconnue des parents, apparaissent le plus souvent dans cette tranche d'âge. En cas de persistance des lésions à un âge plus avancé, le suivi s'organise dans le cadre de consultations spécialisées et programmées. Enfin, les balanites et balanoposthites sont retrouvées à une fréquence élevée jusqu'à l'âge de 6 ans. Elles apparaissent également dans les dix diagnostics principaux de l'étude de Kramkimel et al (4). Il semble exister un lien entre la circoncision et la survenue de ces affections génitales (6,7).

La troisième catégorie diagnostique la plus représentée est celle des lésions provoquées par des agents extérieurs, correspondant à des piqûres d'insecte (moustiques) dans l'immense majorité des cas. Il s'agit du premier motif de consultation dans la tranche d'âge 3-5 ans, puis du deuxième au-delà. Ce diagnostic n'est par contre pas retrouvé chez les nourrissons, peut être du fait d'une plus faible exposition et/ou d'une meilleure protection. La période d'inclusion, avec le printemps et l'été, est reconnue propice aux lésions infectieuses et aux piqûres d'insectes (4,8).

Le diagnostic est, dans l'immense majorité des cas, fait sur le seul examen clinique. Les examens complémentaires se limitent à des prélèvements sanguins et locaux. Une seule biopsie de peau a été réalisée dans un contexte très particulier.

6.2.2. En service de dermatologie

La répartition des différentes catégories diagnostiques apparaît relativement homogène avec 92% des patients répartis en 5 catégories : les pathologies inflammatoires, les infections, les anomalies du système pigmentaire, les angiomes et la catégorie « autres ». Cette répartition est différente pour la population vue dans le cadre de la consultation d'urgences et celle vue dans le cadre de la consultation programmée.

Comme on pouvait s'y attendre, la population vue dans le cadre de la consultation d'urgences est proche de celle des UP qui adresse 39% des patients. On y retrouve une majorité de

nourrissons et presque la moitié de dermatoses infectieuses, pathologies le plus souvent aiguës et transitoires, relevant donc de ce type de consultation.

A l'inverse, les consultations programmées sont réalisées chez des enfants plus âgés (âge médian 6,65 ans) et sont dominées par des pathologies chroniques, nécessitant un suivi spécialisé, notamment certaines dermatoses inflammatoires, les anomalies du système pigmentaire (18%) et les angiomes (12%) qui représentent 3/4 de ces consultations. La surveillance de naevus est une cause majeure de consultation quelque soit l'âge. On note d'ailleurs un diagnostic anatomopathologique de mélanome chez un enfant de 7 ans rappelant que ce diagnostic, bien que tout à fait exceptionnel, ne doit pas être méconnu. Les hémangiomes sont le deuxième motif de venue chez les nourrissons, après la DA. Compte tenu de leur caractère chronique, de telles pathologies relèvent du spécialiste dans le cadre d'une consultation programmée et non pas d'une consultation en urgence, sauf cas particulier. On note ainsi 3 venues aux UP pour épisode aigu de saignement d'hémangiome.

Les pathologies inflammatoires regroupent environ 1/4 des consultations aussi bien dans le cadre de la consultation d'urgence que des consultations programmées. Cette catégorie est dominée par la DA, diagnostic principal de 0 à 2 ans puis le deuxième jusqu'à 6 ans, qui concerne 12,5% de notre cohorte. D'autres études retrouvent cette pathologie comme diagnostic prépondérant jusqu'à l'adolescence (1,5,9).

6.2.3. En maternité

Les manifestations dermatologiques sont largement dominées par les pathologies transitoires (80%) et plus particulièrement les érythèmes toxiques. Monteagudo et al. retrouvent une atteinte de 16,7 % de leur cohorte seulement, mais plus de 80% des nouveaux-nés avaient été examinés au premier jour de vie alors que les lésions d'érythème toxique apparaissent le plus souvent entre 24 et 48h de vie (10,11). Dans une étude de Goyal et al, plus de 40% des lésions vésiculo-pustuleuses retrouvées en néonatalogie correspondent à des érythèmes toxiques (12). Les prématurés sont plus rarement touchés (13). Il pourrait exister des facteurs de risque tels que le sexe masculin, l'accouchement par voie basse, la première grossesse (10,14). Dans notre cohorte, on note autant de garçons que de filles atteints et les autres facteurs de risque n'ont pas été recherchés.

La quasi-totalité des autres diagnostics regroupe les pathologies « malformatives » de la peau : hamartomes, angiomes et anomalies du système pigmentaire.

6.2.4. Population d'enfants hospitalisés

Concernant les enfants hospitalisés, 40% des lésions cutanées sont d'origine iatrogène. Elles surviennent chez 3 nouveaux-nés prématurés sur 4 des services de néonatalogie, qui du fait d'une immaturité de leur barrière cutanée, sont plus vulnérables aux agressions extérieures. La toxicité des antiseptiques locaux dans cette population, est reconnue et doit faire l'objet d'une attention particulière dans les services (15,16). Les traitements utilisés en oncologie pédiatrique sont également pourvoyeurs d'effets secondaires.

Cette proportion de lésions d'origine iatrogène apparaît très importante et il est possible qu'elle soit surestimée dans la mesure où les enfants ayant présenté des lésions dermatologiques plus bénignes et banales au cours de leur hospitalisation n'ont peut-être pas tous été inclus. Des taux de 8 à 10% de toxidermie sont avancés dans des populations hospitalisées adultes et enfants confondus mais aucune étude pédiatrique n'a été réalisée spécifiquement sur le sujet (3,17).

6.3. Gravité

Les pathologies rencontrées sont de gravité variable, notamment en fonction des secteurs d'inclusion. Si la plupart des enfants consultants aux UP présentent des pathologies bénignes qui ne justifient peut-être pas une consultation dans le cadre des urgences, un nombre non négligeable d'entre eux (12,4% de la cohorte) a eu besoin d'une hospitalisation, dont 7 enfants dans les services de surveillance continue et réanimation. On ne dénombre aucun décès. L'hospitalisation pour motif commun comme une varicelle ou une gingivo-stomatite est justifié devant l'apparition de complications telle qu'une surinfection ou des troubles de l'alimentation. Une récente étude néerlandaise menée sur une période de 3 ans dans un service de soins intensifs décrit 4 décès imputables directement à la pathologie dermatologique et insiste sur la nécessité d'un spécialiste en dermatologie pédiatrique (18). Dans le service de dermatologie, aucune consultation n'a justifié une hospitalisation, hormis celles demandées par l'HCE. En maternité, 8 enfants sont rentrés à domicile avec un suivi programmé pour une dermatose mais aucun n'a eu de prise en charge immédiate.

6.4. Collaboration pédiatre-dermatologue

Parmi les différents secteurs d'inclusions, on remarque une grande disparité de recours au spécialiste.

En maternité, troisième groupe d'inclusion, les pathologies dermatologiques sont très fréquentes puisqu'elles touchent un nouveau-né sur dix. Cependant la majorité sont des lésions bénignes transitoires bien connues des pédiatres ne justifiant pas d'avis spécialisé. La demande intervient pour des lésions très spécifiques tels que les naevus congénitaux pour lesquels une prise en charge ultérieure pourrait être nécessaire en fonction de leur taille.

Par contre, aux UP, les pédiatres ont recours aux dermatologues pour 10% des consultations « dermatologiques ». Les 3 principales catégories diagnostiques motivant un avis spécialisé sont les lésions supposées infectieuses, les dermatoses inflammatoires et les lésions non spécifiques c'est-à-dire survenant en dehors de tout contexte infectieux et dont l'aspect n'est spécifique d'aucune pathologie connue du pédiatre. Auvin et al retrouvent une demande d'avis dans 31% des cas, jugée nécessaire par les dermatologues pour 57% d'entre elles et urgentes pour 19% (5).

Dans notre étude, une part non négligeable de consultations menées en dermatologie émane du département de pédiatrie (39% toutes consultations confondues et 60% des consultations d'urgences auprès d'enfants). Bien que de nombreuses études aient déjà noté les services de pédiatrie parmi les plus pourvoyeurs de demande d'avis dermatologique, le chiffre avancé par notre travail est peut être biaisé à la hausse par le simple fait de cette étude (17,19).

L'intérêt et la nécessité d'une collaboration pédiatre/dermatologue sont décrits depuis longtemps tant sur le plan diagnostique que thérapeutique. Du point de vue diagnostique, Dolan et al. retrouvent un taux de concordance diagnostique de 66% entre pédiatres et dermatologues et une tendance à sous estimer les infections (20). Concernant les patients hospitalisés, certaines parlent d'une concordance de seulement 30% sur des études concernant à la fois des enfants et des adultes (17,19). Même si notre étude ne permet pas de comparer les diagnostics émis par l'un et l'autre, les enfants sont adressés en consultation spécialisée pour confirmation d'une hypothèse ou proposition de diagnostic en cas de lésion non spécifique. Du point de vue thérapeutique, le recours au spécialiste aide la prise en charge avec prescription de soins peut-être plus spécifiques et adaptés. En effet, les enfants vus aux UP reçoivent beaucoup de traitements par voie générale de type antalgique-antipyrétique ou antihistaminique (46%), alors que ceux vus en dermatologie reçoivent beaucoup plus de

traitements locaux (60%). Cette différence peut s'expliquer, outre par la différence des pathologies rencontrées, par une meilleure connaissance et un maniement quotidien de ces thérapeutiques.

Une formation ciblée et orientée des pédiatres sur les pathologies les plus courantes et une accessibilité facile et rapide à l'avis spécialisé semblent deux points essentiels pour une prise en charge optimale de l'enfant. Au sein de notre hôpital, le système actuel de consultation d'urgences de dermatologie semble efficace avec une bonne collaboration entre spécialités. Une consultation mixte entre pédiatre et dermatologue pourrait peut-être avoir un intérêt dans le cas de maladies chroniques ou mal étiquetées à composante dermatologique voire après une hospitalisation pour motif dermatologique.

7. Conclusion

Thèse soutenue par Bérénice DUMORTIER

Revue des pathologies dermatologiques de la population pédiatrique d'un Centre Hospitalier Universitaire Intérêt d'une étroite collaboration entre pédiatres et dermatologues

La pédiatrie est un vaste domaine de pathologies très variées où la dermatologie occupe une part importante.

Notre étude, prospective et épidémiologique, dresse le bilan de l'activité globale de dermatologie pédiatrique et détaille la diversité des pathologies cutanées et muqueuses rencontrées en pédiatrie dans un Centre Hospitalier Universitaire sur une période de 6 mois. Elle étudie tout particulièrement la fréquence et les motifs de recours à un dermatologue par les pédiatres devant un enfant présentant une atteinte dermatologique.

Un total de 1012 consultations a été effectué dans 9 secteurs d'activité. Le service des urgences pédiatriques (UP) regroupe 55% des inclusions, ce qui représente 8% de son activité globale. Vingt huit pour cent des inclusions ont été réalisées dans le service de dermatologie et 15% à la maternité. Dans le service des UP, 80% des pathologies se répartissent en 3 catégories que sont les maladies d'origine infectieuse, les affections inflammatoires et les piqûres d'insectes. Une part non négligeable d'enfants consultants aux UP (12,4%) a dû être hospitalisée dont 10% en service de réanimation ou surveillance continue. Il n'y a eu aucun décès imputable à la pathologie dermatologique.

Une consultation spécialisée de dermatologie a été demandée pour 10% des enfants du département de pédiatrie pour aide diagnostique et thérapeutique.

Dans le secteur de dermatologie, les diagnostics les plus fréquents sont les naevus, la dermatite atopique et les hémangiomes. En maternité, bien que 10% des nouveaux-nés présentent des lésions dermatologiques, peu d'entre elles nécessitent un avis spécialisé car la majorité sont bénignes, transitoires et bien connues des pédiatres.

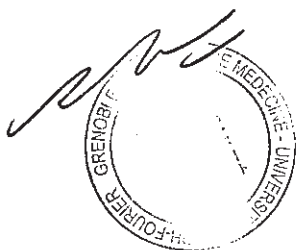
Cette analyse des pathologies dermatologiques rencontrées nous permet, en tant que pédiatres, de renforcer et de cibler nos connaissances ainsi que d'orienter les programmes de formation médicale sur les diagnostics les plus fréquemment retrouvés. Pour les dermatologues, elle permet de faire un bilan de leur activité pédiatrique et met en évidence le rôle majeur des consultations d'urgences dans la coordination avec les pédiatres.

Le recours au dermatologue aide le pédiatre dans sa démarche diagnostique et thérapeutique et cette étroite collaboration est le gage d'une prise en charge optimale de l'enfant.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble le 15/3/2012

LE DOYEN
J.P ROMANET



LE PRESIDENT DE LA THESE
Professeur D. PLANTAZ

A handwritten signature in black ink, likely belonging to D. Plantaz.

Professeur D. PLANTAZ
Département de Pédiatrie
CHU - B.P. 217
38043 GRENOBLE Cedex 9
04 76 76 54 69

8. Bibliographie

1. Wenk C, Itin PH. Epidemiology of pediatric dermatology and allergology in the region of Aargau, Switzerland. *Pediatr Dermatol*. 2003 déc;20(6):482–7.
2. Karthikeyan K, Thappa DM, Jeevankumar B. Pattern of pediatric dermatoses in a referral center in South India. *Indian Pediatr*. 2004 avr;41(4):373–7.
3. Maza A, Berbis J, Gaudy-Marqueste C, Morand J-J, Berbis P, Grob J-J, et al. [Evaluation of dermatology consultations in a prospective multicenter study involving a French teaching hospital]. *Ann Dermatol Venereol*. 2009 mars;136(3):241–8.
4. Kramkimel N, Soussan V, Beauchet A, Duhamel A, Saiag P, Chevallier B, et al. High frequency, diversity and severity of skin diseases in a paediatric emergency department. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010 déc;24(12):1468–75.
5. Auvin S, Imiela A, Catteau B, Hue V, Martinot A. Paediatric skin disorders encountered in an emergency hospital facility: a prospective study. *Acta Derm. Venereol*. 2004;84(6):451–4.
6. Mallon E, Hawkins D, Dinneen M, Francis N, Fearfield L, Newson R, et al. Circumcision and genital dermatoses. *Arch Dermatol*. 2000 mars;136(3):350–4.
7. Fergusson DM, Lawton JM, Shannon FT. Neonatal circumcision and penile problems: an 8-year longitudinal study. *Pediatrics*. 1988 avr;81(4):537–41.
8. Hayden GF. Skin diseases encountered in a pediatric clinic. A one-year prospective study. *Am. J. Dis. Child*. 1985 janv;139(1):36–8.
9. Furue M, Yamazaki S, Jimbow K, Tsuchida T, Amagai M, Tanaka T, et al. Prevalence of dermatological disorders in Japan: a nationwide, cross-sectional, seasonal, multicenter, hospital-based study. *J. Dermatol*. 2011 avr;38(4):310–20.
10. Monteagudo B, Labandeira J, Cabanillas M, Acevedo A, Toribio J. Prospective Study of Erythema Toxicum Neonatorum: Epidemiology and Predisposing Factors. *Pediatr Dermatol* [Internet]. 2011 nov 8 [cité 2012 mars 6]; Available de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22066938>
11. Morgan AJ, Steen CJ, Schwartz RA, Janniger CK. Erythema toxicum neonatorum revisited. *Cutis*. 2009 janv;83(1):13–6.
12. Goyal T, Varshney A, Bakshi SK. Incidence of Vesicobullous and Erosive Disorders of Neonates: Where and How Much to Worry? *Indian Journal of Pediatrics* [Internet]. 2011 oct 25 [cité 2011 déc 11]; Available de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22037857>
13. Carr JA, Hodgman JE, Freedman RI, Levan NE. Relationship between toxic erythema and infant maturity. *Am. J. Dis. Child*. 1966 août;112(2):129–34.
14. Liu C, Feng J, Qu R, Zhou H, Ma H, Niu X, et al. Epidemiologic study of the predisposing factors in erythema toxicum neonatorum. *Dermatology (Basel)*. 2005;210(4):269–72.

15. Bringué Espuny X, Soria X, Solé E, Garcia J, Marco JJ, Ortega J, et al. Chlorhexidine-methanol burns in two extreme preterm newborns. *Pediatr Dermatol*. 2010 déc;27(6):676–8.
16. Lashkari HP, Chow P, Godambe S. Aqueous 2% chlorhexidine-induced chemical burns in an extremely premature infant. *Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed*. 2012 janv;97(1):F64.
17. Davila M, Christenson LJ, Sontheimer RD. Epidemiology and outcomes of dermatology in-patient consultations in a Midwestern U.S. university hospital. *Dermatol. Online J*. 2010;16(2):12.
18. Sillevis Smitt JH, van Woensel JBM, Bos AP. Skin lesions in children admitted to the paediatric intensive care unit: an observational study. *Eur. J. Pediatr*. 2011 oct;170(10):1263–5.
19. Falanga V, Schachner LA, Rae V, Ceballos PI, Gonzalez A, Liang G, et al. Dermatologic consultations in the hospital setting. *Arch Dermatol*. 1994 août;130(8):1022–5.
20. Dolan OM, Bingham EA, Glasgow JF, Burrows D, Corbett JR. An audit of dermatology in a paediatric accident and emergency department. *J Accid Emerg Med*. 1994 sept;11(3):158–61.

9. Annexes

Lieu de la consultation :

- PU**
- Maternité
- Néonatalogie
- A2/B2/USC/Réa
- Dermatologie

CONSULTATIONS de DERMATOLOGIE

Date et heure de la consultation :

Le : / / 2011

à H

0- Nom et prénom :

1- DDN : / /

2- Sexe : Féminin Masculin

3- Antécédents médicaux et chirurgicaux notables :

4- Motif de la consultation?

5- Patient adressé par : Médecin généraliste Dermatologue Pédiatre
 Autre hôpital Famille

6- Durée des symptômes – Histoire de la maladie :

7- Nombre de consultations antérieures pour le problème dermatologique :
avec : Pédiatre ou Médecin généraliste ou Dermatologue

8- Traitements déjà essayés :

9- Diagnostic :

Ou collez étiquette du patient

***** Les plus fréquents :** Par ordre alphabétique

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Aspécifique</i> =Eruption Virale A priori non spécifique | <input type="checkbox"/> <i>Impétigo</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Anite / vulvite</i> <input type="checkbox"/> <i>Streptococcique</i> | <input type="checkbox"/> <i>Kawasaki (Maladie de)</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Candidosique</i> | <input type="checkbox"/> <i>Molluscum contagiosum</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Autre</i> | <input type="checkbox"/> <i>Muguet buccal</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Cellulite</i> | <input type="checkbox"/> <i>Pédiculose (poux)</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Dermatite Atopique / Eczéma</i> | <input type="checkbox"/> <i>Piqûre d'insecte</i> |
| • <i>Bilan allergologique réalisé</i> : <input type="checkbox"/> <i>Oui</i> / <input type="checkbox"/> <i>Non</i> | <input type="checkbox"/> <i>Purpura rhumatoïde</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Erysipèle</i> | <input type="checkbox"/> <i>Roséole</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Erythème fessier</i> <input type="checkbox"/> <i>d'allure toxique</i> | <input type="checkbox"/> <i>Rougeole</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>d'allure candidosique</i> | <input type="checkbox"/> <i>Scarlatine</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Erythème polymorphe</i> | <input type="checkbox"/> <i>Syndrome pied-main-bouche</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Gâle (Scabiose)</i> | <input type="checkbox"/> <i>Urticaire</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Herpétique Infection</i> | <input type="checkbox"/> <i>Varicelle</i> |
| • <i>Préciser</i> : | <input type="checkbox"/> <i>Verrue</i> |

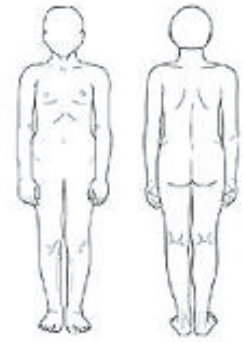
Si le diagnostic suspecté ne figure pas dans cette liste, tournez cette page et regardez les diagnostics moins fréquents.

10- LOCALISATION des lésions :

Entourez les zones atteintes :

11- Méthode diagnostique utilisée :

- Clinique
- Examens complémentaires : Prélèvements sanguins
- Prélèvements locaux
- Tests allergologiques Biopsie
- Autres : ...



12 - Avis spécialisé demandé au CHU:

- Oui : Dermatologue
- Allergologue
- Non

13- Traitement de sortie:

- Aucun
- Local Préciser :
- Systémique Préciser :
- Autre :

14- Suivi :

- Aucun suivi prévu
- Consultation de suivi à programmer en Dermatologie en Pédiatrie ou MG
- Hospitalisation

AUTRES Diagnostics possibles moins fréquents :

Infectieux :

Viral :

- Infection Parvovirus B19
- Autre :

Bactérien :

- Lyme Précisez :
- Purpura Fulminans
- Syndrome SSS
- Autre :

Mycosique :

- Dermatophytie dont la teigne
- Candidose Cutanée

Angiomes :

- Angiome plan : Isolé
- Syndromique
- Hémangiome

Réaction à un médicament ou un vaccin :

- Symptomatoologie :
- Médicament incriminé :
- Intervalle de survenu des symptômes :

Lésions non spécifiques :

- Eruption non spécifique
- Purpura non spécifique
- Prurigo

Autres :

Inflammatoire :

- Eczéma de contact
- Dermatite séborrhéique
- Psoriasis
- Syndrome de Gianotti-Crosti

Purpura thrombopénique idiopathique

Pathologies dues à un agent extérieur :

- Escarre d'extravasation

Maladies bulleuses :

- Auto-immunes
- Epidermolyse

Génodermatoses :

- Sclérose tubéreuse de Bourneville
- Maladie de Recklinghausen

Hamartomes

Maladies du système pigmentaire :

- Naevus pigmentaire
- Tâches achromiques. Préciser : ...
- Tâches café au lait.

Lieu de la consultation :

- PU
- Maternité
- Néonatalogie
- A2/B2
- Dermatologie**

CONSULTATIONS de DERMATOLOGIE

Date et heure de la consultation :

Le : / / 2011

à H

0- Nom et prénom :

Cs d' Urgences Cs Chef

1- DDN : / /

2- Sexe : Féminin Masculin

3- Terme :

4- Antécédents médicaux et chirurgicaux notables :
.....

5- Motif de la consultation?

6- Patient adressé par : Médecin généraliste Dermatologue Pédiatre de ville

Autre hôpital Famille CHU pédia

7- Durée des symptômes – Histoire de la maladie :

8- Nombre de consultations antérieures pour le problème dermatologique :

avec : Pédiatre ou Médecin généraliste ou Dermatologue

9- Traitements déjà essayés :

10- Diagnostic :

Infectieux : Viral :

- Varicelle
- Roséole
- Rougeole
- Syndrome pied-main-bouche
- Infection herpétique

Préciser :

- Infection Parvovirus B19
- Verrue
- Molluscum contagiosum
- Eruption virale Aspécifique
- Autre :

Mycosique :

- Dermatophytie dont la teigne
- Candidose : Cutanée
 Muguet buccal

Erythème polymorphe

Bactérien :

- Purpura fulminans
- Impétigo/ecthyma
- Scarlatine
- Syndrome SSS
- Anite/vulvite Streptococcique
 Autre

- Erysipèle
- Cellulite
- Lyme Précisez :
- Furoncle
- Autre :

Parasitaire :

- Scabiose (gâle)
- Pédiculose (poux)

—————→

TSVP

Inflammatoire :

Dermatite atopique/eczéma

• Bilan allergologique réalisé : Oui / Non

Eczéma de contact

Urticaire

Dermatite séborrhéique

Psoriasis

Erythème fessier

Acné

Syndrome de Gianotti-Crosti

Angiomes :

Angiome plan : Isolé

Syndromique

Malformation Artério-Veineuse

Hémangiome

Réaction à un médicament ou un vaccin :

• Symptomatologie :

• Médicament incriminé :

• Intervalle de survenu des symptômes :

Hamartomes

Maladies du système pigmentaire :

Naevus pigmentaire

Tâches achromiques. Préciser : ...

Tâches café au lait.

Anomalies transitoires du nouveau-né :

Erythème toxique du nouveau-né

Miliaire sébacée

Pustulose céphalique transitoire

Céphalématome

Bosse séro-sanguine

Autres

Vascularite :

Maladie de Kawasaki

Purpura rhumatoïde

Oedème aigu hémorragique

Autre :

Purpura thrombopénique idiopathique

Pathologies dues à un agent extérieur :

Piqûre d'insecte

Escarre d'extravasation

Bride amniotique

Maladies bulleuses :

Auto-immunes

Epidermolyse

Génodermatoses :

Sclérose tubéreuse de Bourneville

Maladie de Recklinghausen

Epidermolyse Bulleuse

Ichtyose / bébé collodion

Incontinentia pigmenti

Lésions non spécifiques :

Eruption non spécifique

Purpura non spécifique

Prurigo

Autres :

11- **Localisation des lésions :**

12- **Méthode diagnostique utilisée :**

Clinique

Examens complémentaires : Prélèvements sanguins Prélèvements locaux

Tests allergologiques Biopsie

Autres : ...

13 - **Autre Avis spécialisé demandé au CHU:**

Oui : Allergologue Autre

Non

14- **Traitement de sortie:**

Aucun

Local Préciser :

Systémique Préciser :

Autre :

15- **Suivi :** Aucun suivi prévu

Consultation de suivi à programmer : chez dermatologue chez pédiatre

Hospitalisation au CHU

Diagnostics Moins Fréquents :

- Infectieux :**
- Mycosique :**
 - Dermatophytie
 - Candidose Cutanée
 - Viral :**
 - Varicelle
 - Rougeole
 - Syndrome pied-main-bouche
 - Infection herpétique
 - Préciser :
 - Infection Parvovirus B19
 - Eruption virale Aspécifique
 - Autre :
 - Inflammatoire :**
 - Dermate atopique
 - Erythème fessier
 - Dermate séborrhéique
 - Urticaire
 - Pathologies dues à un agent extérieur :**
 - Escarre d'extravasation
 - Piquêre d'insecte
 - Réaction à un médicament :**
 - Symptomatologie :
 - Médicament incriminé :
 - Intervalle de survenu des symptômes :
- Parasitaire :**
 - Scabiose (gâle)
 - Pédiculose (poux)
- Bactérien :**
 - Furoncle
 - Impétigo/ecthyma
 - Anite/Vulvite
 - Cellulite
 - Scarlatine
 - Purpura fulminans
 - Syndrome SSS
 - Autre
- Vascularite :**
 - Oedème aigu hémorragique
 - Maladie de Kawasaki
 - Autre :
- Purpura thrombopénique idiopathique**
- Lésions non spécifiques :**
 - Eruption non spécifique
 - Purpura non spécifique
 - Autres :**
- 7- Antécédents médicaux et chirurgicaux notables :
- 8- Motif de la consultation ?
- 9- Histoire de la maladie :
- 10- Traitements déjà essayés :
- 11- Méthode diagnostique utilisée :
- Clinique
 - Examens complémentaires :
 - Prélèvements sanguins
 - Prélèvements locaux
 - Tests allergologiques
 - Biopsie
 - Autre :
- 12- Avis spécialisé demandé au CHU:
- Oui :
 - Dermatologue
 - Allergologue
 - Non
- 13- Traitement utilisé:
- Aucun
 - Local
 - Systémique
 - Autre
- 14- Suivi : Aucun suivi prévu
- Consultation de suivi à programmer : en dermatologie en pédiatrie
 - Hospitalisation au CHU pour suite de la prise en charge du problème dermatologique

Lieu de la consultation :

PU

Maternité

■ **Néonatalogie/RéaNN**

A2/B2/USC/Réa

Dermatologie

CONSULTATIONS de DERMATOLOGIE

Date et heure de la consultation :

Le : / / 2011

à SA et jours

0- Nom et prénom :

1- DDN : / / 2011

2- Sexe : Féminin Masculin

3- Terme : SA et jours

4- Antécédents médicaux et chirurgicaux notables :

5- Motif de la consultation ?

6- Histoire de la maladie :

7- Traitements déjà essayés :

Ou collez étiquette du patient

8- Diagnostic :

Anomalies transitoires du nouveau-né :

- Erythème toxique du nouveau-né
- Miliaire sébacée
- Pustulose céphalique transitoire
- Céphalématome
- Bosse séro-sanguine
- Muguet buccal
- Autres :

Inflammatoire :

- Dermatite atopique
- Erythème fessier
- Dermatite séborrhéique
- Urticaire

Maladies du système pigmentaire :

- Naevus pigmentaire
- Tâches achromiques. Nombre :
- Tâches café au lait. Nombre :

Angiomes :

- Angiome plan :
 - Isolé
 - Syndromique
 - Du territoire V1
 (HORS flammèche, paupières et cou)
- Malformation Artério-Veineuse
- Hémangiome

Génodermatoses :

- Epidermolyse Bulleuse
- Ichtyose / bébé collodion
- Incontinentia pigmenti
- Sclérose tubéreuse de Bourneville
- Maladie de Recklinghausen

Hamartome

TSVP →

Infectieux : *Mycosique :*

- Dermatophytie
- Candidose Cutanée

Viral :

- Varicelle
- Rougeole
- Syndrome pied-main-bouche
- Infection herpétique

Préciser :

- Infection Parvovirus B19
- Eruption virale Aspécifique
- Autre :

Parasitaire :

- Scabiose (gâle)
- Pédiculose (poux)

Bactérien :

- Furoncle
- Impétigo/ecthyma
- Anite/Vulvite
- Cellulite
- Scarlatine
- Purpura fulminans
- Syndrome SSS
- Autre

Pathologies dues à un agent extérieur :

- Bride amniotique
- Escarre d'extravasation
- Piqûre d'insecte

Vascularite :

- Oedème aigu hémorragique
- Maladie de Kawasaki
- Autre :

Réaction à un médicament :

- Symptomatologie :
- Médicament incriminé :
- Intervalle de survenu des symptômes :

Purpura thrombopénique idiopathique

Lésions non spécifiques :

- Eruption non spécifique
- Purpura non spécifique

Autres :

9- LOCALISATION des lésions : 10- Méthode diagnostique utilisée :

- Clinique
- Examens complémentaires : Prélèvements sanguins Prélèvements locaux
- Tests allergologiques Biopsie
- Autre :

11 - Avis spécialisé demandé au CHU:

- Oui : Dermatologue Allergologue
- Non

12- Traitement utilisé:

- Aucun
- Local Préciser :
- Systémique Préciser :
- Autre

13- Suivi :

- Aucun suivi prévu
- Consultation de suivi à programmer en dermatologie
- Hospitalisation au CHU pour suite de la prise en charge du problème dermatologique

