



HAL
open science

La dermatose induite par le séné chez l'enfant : à propos de deux cas

Léa Fleurentin

► **To cite this version:**

Léa Fleurentin. La dermatose induite par le séné chez l'enfant : à propos de deux cas. Médecine humaine et pathologie. 2019. hal-03297676

HAL Id: hal-03297676

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297676v1>

Submitted on 23 Jul 2021

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
2019

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée
par

Léa FLEURENTIN

Le 08 mars 2019

**LA DERMATOSE INDUITE PAR LE SÉNÉ CHEZ L'ENFANT :
À PROPOS DE DEUX CAS.**

Membres du jury :

M. le Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

Président

Mme le Professeur Anne-Claire BURSZTEJN

Juge et directrice

Mme le Docteur Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

Juge

Mme le Docteur Nadine PETITPAIN

Juge



**Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN**

**Vice-doyenne
Pr Laure JOLY**

Assesseurs :

*Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Laure JOLY
SIDES : Dr Julien BROSEUS
Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
CUESIM : Pr Stéphane ZUILY*

Chargés de mission

*Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Mathias POUSSEL
International : Pr Jacques HUBERT
Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI*

*Président de Conseil Pédagogique : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET*

=====
DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====
PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL -
Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre
CRANCE - Emile de LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET -
Jean FLOQUET
Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Gérard
HUBERT
Claude HURIET - Michèle KESSLER - François KOHLER - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire
LAXENAIRE
Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre
MALLIÉ
Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU Michel
MERLE
Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN -
Claude PERRIN
Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine
RASPILLER
Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel
SIBERTIN-BLANC
Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul
VERT
Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER -
Denis ZMIROU

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE
Bernard FOLIGUET - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - François
KOHLER

Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Yves MARTINET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Luc PICARD
François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^e sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie
CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER – Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM
TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^e sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL

3^e sous-section (*Biologie cellulaire*)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian
RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4^e sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^e sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur
Frédéric MARCHAL

3^e sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^e sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^e sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : (*Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER
Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^e sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLÉ

2^e sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^e sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIÈRE

Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^e sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^e sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie*)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2° sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3° sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2° sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2° sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3° sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

43° Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Antoine VERGER

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2° sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^e sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^e sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^e sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D’AVENI (stagiaire)

2^e sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4^e sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D’URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^e sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Docteur Philippe GUERCI (stagiaire)

2^e sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^e sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

4^e sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^e sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^e sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire*)

Docteure Nicla SETTEMBRE (stagiaire)

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

2^e sous-section : (*Chirurgie générale*)

Docteur Cyril PERRENOT

54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L’ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

4^e sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale*)

Docteure Eva FEIGERLOVA (stagiaire)

5^e sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Madame Ketsia HESS - Monsieur Christophe NEMOS

66^e Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

69^e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE - Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier de Dermatologie et Vénérologie,
CHRU Nancy

Vous nous faites l'honneur de juger et présider cette thèse.

Vous nous avez accueillie dans votre spécialité et transmis vos connaissances et votre passion pour la dermatologie.

Vous nous avez encouragée avec bienveillance tout au long de notre cursus.

Nous vous en sommes infiniment reconnaissante.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre admiration et de notre profond respect.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Madame le Professeur Anne-Claire BURSZTEJN

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier de Dermatologie et Vénérologie,
CHRU Nancy

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de diriger et juger ce travail.

Nous vous sommes reconnaissante de nous avoir fait partager votre passion, vos connaissances et votre expérience en dermatologie.

Nous vous remercions pour votre patience, votre disponibilité et le temps que vous nous avez accordé pour mener à bien ce travail, ainsi que pour votre soutien et vos conseils.

Veillez trouver dans cette thèse l'expression de notre plus grand respect, de notre sincère admiration et de notre gratitude.

À NOTRE JUGE

Madame le Docteur Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier de Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, CHRU Nancy

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Nous vous remercions de nous faire partager vos connaissances et de nous avoir associée à ce travail.

Nous souhaitons exprimer par votre présence l'importance de la collaboration entre nos disciplines.

Veillez recevoir l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

À NOTRE JUGE

Madame le Docteur Nadine PETITPAIN

Praticien Hospitalier au Centre Régional de Pharmacovigilance, CHRU Nancy

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Nous vous remercions de nous faire partager vos connaissances et de nous avoir aidée à l'élaboration de ce travail.

Nous souhaitons exprimer par votre présence l'importance de la collaboration entre nos disciplines.

Veillez recevoir l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

UN GRAND MERCI...

Aux médecins qui ont participé à ma formation

À l'équipe de Dermatologie du CHU de Nancy :

Dr Claire Poreaux, merci de m'avoir transmis tes connaissances tout au long de mon internat, en dermatologie comme en allergologie. Merci pour ta compréhension, tes précieux conseils et ton soutien.

Dr Florence Granel-Brocard et Dr Fadia Doumat-Batch, merci pour votre disponibilité et votre gentillesse.

Dr Julie Waton et Dr Claudie Mouton-Faivre, merci pour ce que vous m'avez appris pendant mon stage en allergologie, pour votre sympathie, et votre disponibilité.

Dr Sandra Moawad, Dr Estelle Freling, Dr Valérie Babic, avec qui j'ai eu plaisir à travailler.

À l'équipe de Dermatologie du CHR Metz-Thionville :

Dr François Truchetet, merci pour votre gentillesse et votre disponibilité. Merci d'avoir partagé avec moi vos connaissances et de m'avoir transmis votre passion pour la dermatologie.

Dr Amélie Schoeffler, Dr Anne-Laure Liegeon, Dr Axelle Bonhomme, merci pour votre patience, votre gentillesse, et votre disponibilité.

Dr Jean Pouaha, merci de m'avoir fait partager votre passion pour la dermatologie chirurgicale.

Merci aussi au *Dr Gabrielle Clerc* et au *Dr Philippe Muller*.

À l'équipe de Médecine interne du CHU de Nancy :

Pr Roland Jaussaud, Dr Shirine Mohamed, Dr Marie Heymonet, Dr Joelle Deibener-Kaminski

Et plus particulièrement *Dr Sabine Revuz*, qui a su me transmettre ses connaissances et sa passion pour la médecine interne. Et surtout, merci de ne m'avoir jamais forcée à faire de BOM !

À l'équipe d'Allergologie pédiatrique :

Dr Amandine Divaret-Chauveau, Dr Pascale Dumond, Dr Sophie Jarlot-Chevaux, Dr Sébastien Kiefer, auprès de qui j'ai plaisir à travailler chaque jour.

Aux équipes paramédicales, infirmières, aides-soignantes et secrétaires avec qui j'ai travaillé.

À ma famille

Papa et Maman, pour m'avoir toujours soutenue et encouragée. Merci d'avoir été présents dans les bons comme les mauvais moments. Merci pour votre patience, que j'ai parfois mise à rude épreuve... Merci d'avoir toujours respecté mes choix, et de continuer à le faire. Sans vous, je n'en serais pas là aujourd'hui. Et surtout, merci d'avoir refusé de m'acheter un bar !

Clémence, merci de me supporter depuis toujours. Même si notre relation est parfois explosive, je suis heureuse que ces dernières années nous aient rapprochées... vive Javotte et Anastasie !

Gautier, mon beau-frère adoré, même si tu as le don de me faire enrager...

Agathe, ma nièce parfaite.

Paul, mon plus fidèle patient, qui ne cesse de me faire progresser en télé-médecine, et *Camille*.

Mes grands-parents, *Papi et Mamie*, *Papi et Mimi*, en témoignage de mon profond attachement. J'espère que vous êtes fiers de moi.

Tonton et Manue, avec toute mon affection. Merci de m'avoir soutenue tout au long de ces années.

Isa, François, Jacky et tous les autres pharmaciens de la famille, merci pour votre soutien, et attention au séné !

Mes cousins et cousines, *Jules, Lison, Audrey, Aurélie, Laurent, Charles et Victoria*, pour tous les bons souvenirs que nous avons ensemble.

À mes amis et mes cointernes

À mes amies de Metz,

Johanne et Margaux, mes amies de toujours. Merci pour tous les bons moments que nous avons vécus ensemble, et ceux à venir !

Louise, sur qui j'ai toujours pu compter depuis ces nombreuses années, un soutien sans faille et une amitié qui n'est pas prête de s'arrêter...

Justine, qui me fait parfois un peu trop confiance pour ses problèmes de peau... Merci pour ton soutien, ta gentillesse, ton écoute.

Ambre et Andréa, mes amies d'enfance.

À mes amis de Fac, avec qui j'ai adoré partager ces longues années d'études.

Perrine, la seule à ne pas avoir déserté la Lorraine. Merci pour ta présence au quotidien, ton indéfectible soutien, tes messages dès le réveil, nos soirées miss France, la crème de munster...

Honorine, avec qui j'ai vécu mes plus belles soirées ! Merci de m'avoir hébergée si souvent et supportée pendant toutes ces années. Notre rencontre au WEI restera gravée à jamais.

Sabrina, sur qui je pourrai toujours compter malgré la distance et les chamailleries. Je suis heureuse de te voir de plus en plus accomplie.

Chloé, avec qui j'ai partagé une bonne partie de mon externat, et certains de mes meilleurs souvenirs à l'hôpital, et en dehors ! A l'île Maurice, à miss PQ, à nos premiers gaz du sang...

Sandra, merci pour tes coups de gueule mémorables #Francine, qui nous ont valu de nombreux fous rires...

Kooky, seul mec de la bande, qui a toujours su être à l'écoute et de bon conseil.

Gautier, en souvenir des après-midi à la Folie Douce, des parties de bowling, et de ton vin rouge sur mon parquet !

Charles, en souvenir des petits plats rue Jeanne d'Arc.

Pauline, ma seule amie nancéienne hors-médecine, un bol d'air frais ! Merci pour ta disponibilité et ta gentillesse... et merci à *Robin* pour ses tutos !

Aux Dion's, sans qui mon internat n'aurait pas été le même !

Laurent, pour ton soutien sans faille depuis mon premier semestre, pour tout ce que tu m'as appris, pour tes gâteaux qui ont souvent mis fin à mes régimes au bout de quelques heures, pour tes câlins Humira® qui ont parfois failli m'étouffer... Ton absence aujourd'hui sera mon unique regret.

Fanny, pour ton aide, tes conseils, ton soutien tout au long de ces années. Merci pour les pauses thé/chocolat/potins, notre passion commune des comédons, les débats sur tes tricots de peau...

Hélène, pour ton incroyable patience... même quand je change d'avis toutes les 5 minutes ! Merci pour nos danses enflammées dans le bureau d'allergo, le pole dance sur les rampes d'escaliers, les soirées dont l'ambiance ne repose que sur toi...

Merci à leur +1 *Arnaud, Johan et Guillaume*, de nous supporter, sans trop se moquer...

Michaël, merci pour les bons moments passés ensemble.

À mes cointernes,

Marion, avec qui les pauses ont une saveur particulière. Merci d'avoir partagé mes virées shopping au Geric, mes angoisses et mes fous rires. Plus qu'une cointerne, j'ai trouvé en toi une véritable amie.

Ambre, ma première cointerne, avec qui j'ai partagé 6 mois d'hospit, et pas mal de réa ! Merci d'avoir été présente pendant mes moments de doute ou de détresse totale. Et vive le Fumafer® !

Julie, merci pour tous ces moments partagés et les nombreux fous rires quand *bébé Johnny* était responsable d'un sacré œdème cérébral...

Anne, pour ta gentillesse à toute épreuve, et ton aide précieuse ! Grâce à toi les papiers de sortie et les gaz du sang n'ont plus de secret pour moi... Et un petit coucou à notre *bébé JDP*.

Emma, Béatrice, Jordane, Laurie, avec qui j'ai aimé partager les congrès, et leurs soirées !

Tous mes autres cointernes de dermatologie, avec qui j'ai eu le plaisir de travailler : *Camille, Hélène, Diane, Estelle, Elodie, Margaux, Kevin, Adèle*...

Lev, mon cointerne de médecine interne, qui m'a soutenue dans mes rares PL et myélogrammes. Merci pour ton humour qui a su égayer mon semestre chez les internistes !

À tous ceux que j'ai pu oublier et qui me sont chers !

Serment d'Hippocrate

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIÈRES

PARTIE I : INTRODUCTION	19
1. LES DERMITES DU SIÈGE DU NOURRISSON	20
A - Les dermites irritatives	21
B - Les dermites infectieuses	22
C - Les dermatoses inflammatoires.....	23
D - Association avec des pathologies systémiques	25
2. MALTRAITANCE	28
A - Cadre légal	28
B - Brûlures	29
C - Diagnostics différentiels.....	30
3. LE SÉNÉ.....	34
PARTIE II : ARTICLE	36
PARTIE III : CONCLUSION ET PERSPECTIVES	44
1. UTILISATION DES MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES EN DERMATOLOGIE.....	46
2. EFFETS SECONDAIRES CUTANÉS DES MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES	48
BIBLIOGRAPHIE	55

PARTIE I : INTRODUCTION

1. LES DERMITES DU SIÈGE DU NOURRISSON

Les dermatites du siège sont des pathologies fréquentes chez le nourrisson : leur prévalence varie de 7 à 35% dans les pays occidentaux.¹ Leur pic d'incidence se situe entre les âges de 9 et 12 mois.² Souvent transitoires, elles sont néanmoins anxiogènes pour les parents et constituent un motif fréquent de consultation puisqu'elles représenteraient 20% des consultations pédiatriques en dermatologie.¹ Leur épidémiologie s'est modifiée, avec la quasi-disparition de certaines entités comme la maladie de Leiner-Moussous, et la réémergence d'autres étiologies comme le granulome glutéale infantile.

Les dermatites du siège les plus fréquentes sont de cause irritative, en lien avec la macération de la peau en contact prolongé ou fréquent avec les couches souillées.¹⁻⁵ D'autres étiologies existent : infectieuses, inflammatoires, ou encore générales.³ Devant une dermatite du siège chez un nourrisson, la topographie des lésions, leurs caractéristiques cliniques et les éventuels symptômes associés permettent d'en déterminer l'étiologie.⁴ Globalement, plusieurs situations cliniques se distinguent : l'atteinte primitive des convexités, l'atteinte primitive des plis, et l'atteinte diffuse du siège (Figure 1).

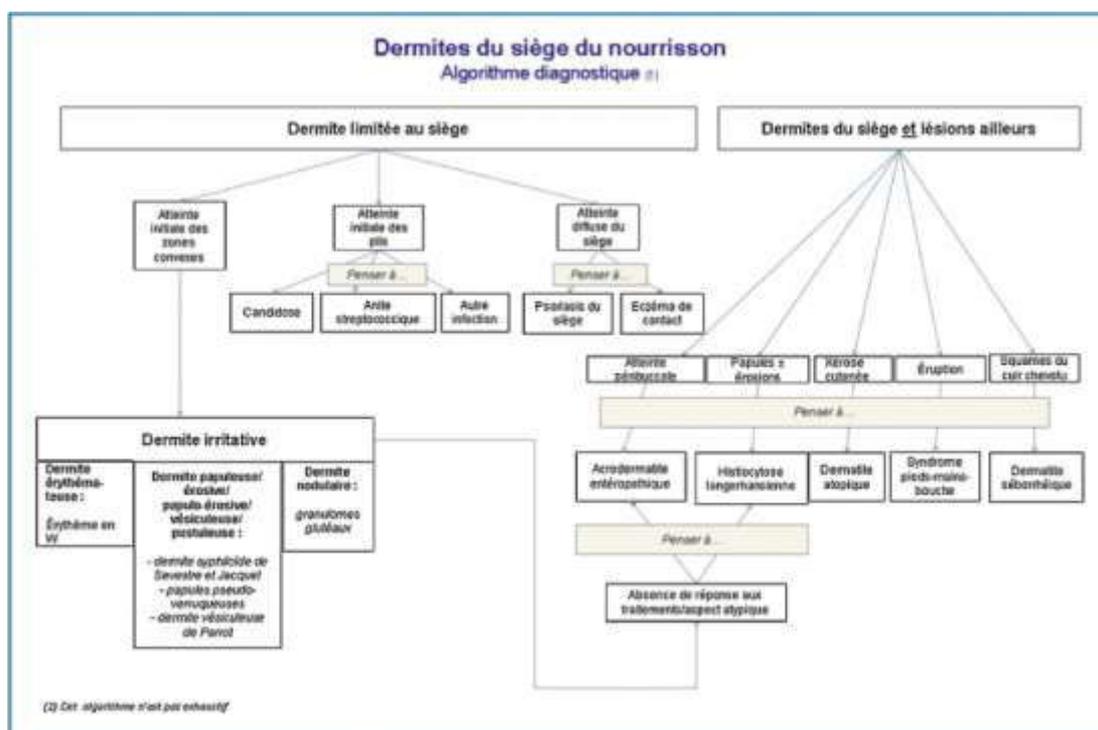


Figure 1 : Algorithme diagnostique³

A – Les dermatites irritatives

Par argument de fréquence, les **dermites irritatives** sont les premières à évoquer devant une dermatite du siège chez un nourrisson.

Elles sont plus fréquemment rencontrées chez les enfants entre 5 et 12 mois, lorsqu'ils sont en âge de se tenir assis. Leurs lésions sont polymorphes : érythémateuses (*Figure 2*), papuleuses, érosives, papulo-érosives, vésiculeuses, pustuleuses ou parfois nodulaires.³ Elles ont en commun leur topographie « en W », qui correspond à la zone de frottement des couches et prédomine sur les zones convexes du siège, épargnant les plis.³ Elles seraient expliquées par le frottement de la couche lésant l'épiderme, la macération altérant sa fonction barrière, et le contact avec l'urine.⁵

Certains facteurs favorisent leur survenue : diarrhée, mauvaise éducation des parents sur les pratiques de change, défaut d'hygiène, utilisation de topiques irritants...

Leur traitement repose donc avant tout sur la suppression de ces facteurs favorisants, et l'application de crème protectrice.^{1,5} Parfois, le recours aux dermocorticoïdes est nécessaire.



Figure 2 : Dermite irritative érythémateuse³

Récemment, avec le retour à la mode des couches lavables, on constate la réémergence d'une forme clinique de dermite irritative, nodulaire : le **granulome glutéal infantile**.⁶ Il se caractérise par des nodules inflammatoires sur les zones convexes du siège. Son apparition est associée à des états de forte macération, comme c'est le cas avec l'utilisation de couches réutilisables, moins absorbantes que les couches jetables.⁶ L'imputabilité des dermocorticoïdes fluorés appliqués sous la couche a également été rapportée.³

B - Les dermatites infectieuses

En cas d'atteinte initiale des plis inguinaux ou interfessier, « en Y », une dermite du siège d'origine infectieuse doit être évoquée. Elle peut être candidosique, bactérienne, virale, ou encore parasitaire.

La **mycose du siège** se manifeste par un intertrigo des plis avec un fond érythémateux mal limité, parfois fissuraire, souvent recouvert d'un enduit blanchâtre et pouvant être associé à de petites pustules en périphérie.^{3,4} Son traitement repose sur l'éviction des facteurs favorisant la macération et l'application de crèmes imidazolées.⁷

Diverses infections bactériennes peuvent toucher le siège chez le nourrisson, notamment des infections à *Staphylococcus aureus* comme l'**impétigo**, ou à *Streptococcus pyogenes* comme la **scarlatine**.

L'**anite streptococcique** (*Figure 3*) est une dermo-hypodermite bactérienne périanale aigue due à un streptocoque B-hémolytique du groupe A.^{7,8} Elle se caractérise par un érythème périanal rouge vif bien limité, douloureux et fissuré, pouvant s'associer à un œdème cutané.^{3,4} Son traitement consiste en une antibiothérapie générale anti-streptococcique. L'association entre l'anite streptococcique et le développement d'un psoriasis a été décrite, bien que le mécanisme responsable soit encore mal connu.¹



Figure 3 : Anite streptococcique³

Concernant les infections virales, toutes les maladies infantiles éruptives de l'enfant peuvent toucher le siège, en particulier le **syndrome pieds-mains-bouche** en lien avec une infection à Coxsackie A6 ou A16.^{7,8}

La **gale**, infection parasitaire à *Sarcoptes scabiei*, atteint souvent le siège chez le nourrisson et l'enfant. Le diagnostic doit être évoqué en cas de papules ou pustules très prurigineuses, associées à des lésions de grattage, dans un contexte compatible : atteinte des extrémités, prurit familial, recrudescence nocturne du prurit, promiscuité...⁴ Chez l'enfant, des nodules scabieux peuvent également se développer sur le siège.^{2,4}

Il faut cependant garder à l'esprit que toute dermite du siège, quelle qu'en soit l'étiologie, peut se compliquer d'une surinfection mycotique⁷ ou bactérienne, et que la topographie typique « en Y » des lésions infectieuses peut en être modifiée.

C – Les dermatoses inflammatoires

Si l'ensemble du siège est atteint, à savoir à la fois les convexités et les plis, une dermatose inflammatoire du siège doit être évoquée.

La plus fréquente est le **psoriasis du siège**⁹ (*Figure 4*), communément appelé « psoriasis des langes », qui se caractérise par un érythème squameux bien limité qui débute dans les plis puis s'étend à la zone de la couche dont il déborde

volontiers, atteignant ainsi toute la région périnéale et abdominale antérieure.³ S'y associent la plupart du temps des lésions à distance, avec notamment une atteinte unguéale ou du cuir chevelu.^{3,9} Ces lésions apparaissent souvent après l'âge de 6 mois, lors de l'acquisition de la position assise, par probable phénomène de Koebner.



*Figure 4 : Psoriasis des langes
Département de Dermatologie – CHRU Nancy*

L'**eczéma du siège**, associant lésions vésiculeuses et prurit, n'est pas fréquent dans la dermatite atopique.^{4,8} Il est souvent signe d'une allergie de contact à un topique appliqué ou à un constituant de la couche.¹⁻³ En cas d'eczéma de contact, les lésions sont initialement bien limitées à la zone de contact entre la peau et l'allergène.⁷ Des tests allergologiques épicutanés doivent être réalisés afin de permettre l'éviction de l'allergène en cause.^{1,3} Le traitement repose sur l'application de dermocorticoïdes, mais doit toujours être encadré, l'occlusion par les couches augmentant leur absorption.

La **dermite séborrhéique** est en nette régression depuis une vingtaine d'années, grâce à la modification des soins d'hygiène du nouveau-né.³ Précoce, elle apparaît généralement dans les 3 premiers mois de vie et régresse avant l'âge de 6-9 mois.⁷ Dix pour cent des nourrissons seraient atteints.² Elle se caractérise par des plaques bien délimitées, recouvertes de squames grasses. Des atteintes à distance sont souvent associées : cuir chevelu, sillons rétro-auriculaires ou creux axillaires.

L'érythème peut exceptionnellement s'étendre et évoluer vers une érythrodermie desquamative, communément appelée maladie de Leiner-Moussous.³

D – Association avec des pathologies systémiques

Enfin, les dermites du siège peuvent également être le signe d'appel de pathologies systémiques, notamment lorsqu'elles sont atypiques, réfractaires aux traitements usuels ou associées à d'autres symptômes.³ Ainsi, une histiocytose langerhansienne, une acrodermatite entéropathique ou encore une dermatose à IgA linéaire peuvent être diagnostiquées à partir de lésions cutanées du siège.

L'**acrodermatite entéropathique** (*Figure 5*) est une maladie génétique rare, de transmission autosomique récessive, liée à des mutations du gène *SLC39A4* codant pour la protéine ZIP4 transporteuse de zinc.⁴ Ces mutations mènent à un déficit en zinc causé par un défaut d'absorption intestinale. Cette pathologie se caractérise par des lésions inflammatoires et desquamatives, atteignant habituellement les régions acrales et péri-orificielles, et typiquement la région anogénitale.⁸ Peuvent s'y associer une alopécie, des troubles digestifs à type de diarrhée, un retard de croissance staturo-pondérale ou encore une asthénie.^{4,8} Le traitement repose sur la supplémentation en zinc par voie orale.³

Des lésions similaires par carence en zinc peuvent s'observer chez les nouveau-nés prématurés de petit poids de naissance, ou lors d'un allaitement prolongé. On parle alors de **pseudo-acrodermatite entéropathique**. Cette forme est plus fréquente que la maladie génétique. L'arrêt de l'allaitement et la supplémentation transitoire en zinc permettent la résolution des symptômes.



Figure 5 : Acrodermatite entéropathique⁴

L'**histiocytose langerhansienne** est une maladie rare, liée à la prolifération de cellules de Langerhans dans différents organes, survenant le plus souvent dans les 3 premières années de vie.⁴ Elle se présente sous la forme d'un intertrigo chronique et extensif des plis inguinaux et rétro-auriculaires, comprenant des lésions érosives et papuleuses, de couleur rouge-orangée.³ Une atteinte associée du cuir chevelu et des zones séborrhéiques est fréquente.⁸ Le diagnostic d'histiocytose langerhansienne impose un bilan d'extension à la recherche de localisations extra-cutanées, qui peuvent être osseuses, médullaires, hépatiques, cérébrales, ou encore pulmonaires.³ En fonction de l'étendue de l'atteinte et de l'association à des manifestations extra-cutanées, le traitement peut consister en une abstention thérapeutique avec surveillance, en un traitement local par dermocorticoïdes, ou en un traitement systémique.

Il est important de souligner qu'une maltraitance doit être évoquée en cas de dermite du siège atypique, inexpliquée, sans qu'une pathologie systémique ne soit mise en évidence.

Tableau A : Principales dermites du siège et caractéristiques cliniques

Dermites du siège	Lésions cutanées caractéristiques	Signes associés
Dermite irritative	<ul style="list-style-type: none"> . Topographie « en W » = atteinte des convexités et respect des plis . Lésions polymorphes : érythémateuses, papuleuses, nodulaires, érosives, vésiculeuses, pustuleuses. 	
Granulome glutéal infantile	<ul style="list-style-type: none"> . Nodules inflammatoires sur les zones convexes du siège 	
Mycose	<ul style="list-style-type: none"> . Topographie « en Y » . Intertrigo des plis avec fond érythémateux, mal limité, fissuraire, recouvert d'un enduit blanchâtre +/- petites pustules en périphérie 	
Scarlatine	<ul style="list-style-type: none"> . Erythème diffus du siège +/- papules . Atteinte plus marquée dans les plis inguinaux (signe de Pastia) 	<ul style="list-style-type: none"> . Eruption scarlatiniforme généralisée . Langue framboisée . Angine . Adénopathies cervicales . Fièvre
Anite streptococcique	<ul style="list-style-type: none"> . Erythème périanal rouge vif bien limité, douloureux et fissuré +/- œdème cutané 	<ul style="list-style-type: none"> . Fièvre élevée
Syndrome pieds-mains-bouche	<ul style="list-style-type: none"> . Lésions papuleuses érythémateuses +/- lésions vésiculeuses 	<ul style="list-style-type: none"> . Atteinte des extrémités +/- onychomadèse . Atteinte péri-buccale et de la muqueuse buccale . Syndrome pseudo-grippal, troubles digestifs
Gale	<ul style="list-style-type: none"> . Papules ou pustules très prurigineuses . Lésions de grattage 	<ul style="list-style-type: none"> . Atteinte des extrémités . Prurit familial . Recrudescence nocturne du prurit
Psoriasis	<ul style="list-style-type: none"> . Erythème squameux bien limité qui débute dans les plis . Extension secondaire à la zone de la couche . Atteinte progressive de toute la région périnéale et abdominale antérieure possible 	<ul style="list-style-type: none"> . Lésions à distance : atteinte unguéale ou du cuir chevelu . Antécédents familiaux
Eczéma	<ul style="list-style-type: none"> . Lésions érythémateuses vésiculeuses 	<ul style="list-style-type: none"> . Prurit
Dermite séborrhéique	<ul style="list-style-type: none"> . Plaques bien délimitées, recouvertes de squames grasses . Atteinte des plis inguinaux 	<ul style="list-style-type: none"> . Atteintes à distance fréquentes : cuir chevelu, sillons rétro-auriculaires, creux axillaires
(pseudo)Acrodermatite entéropathique	<ul style="list-style-type: none"> . Lésions inflammatoires et desquamatives . Péri-orificielles et acrales 	<ul style="list-style-type: none"> . Alopécie . Diarrhée . Asthénie . Retard de croissance staturo-pondérale
Histiocytose langerhansienne	<ul style="list-style-type: none"> . Lésions chroniques, érosives et papuleuses, rouge-orangées . Atteinte des plis inguinaux et sillons rétro-auriculaires 	<ul style="list-style-type: none"> . Atteinte du cuir chevelu, des zones séborrhéiques . Manifestations systémiques en fonction des atteintes d'organe

2. MALTRAITANCE

A – Cadre légal

La maltraitance se définit comme « toute violence physique, tout abus sexuel, tout sévices psychologique sévère, toute négligence lourde, ayant des conséquences préjudiciables sur l'état de santé de l'enfant et sur son développement physique et psychologique ». C'est une situation fréquente, multiple dans ses aspects, souvent urgente dans son diagnostic, et parfois difficile à repérer. La France compterait près de 100000 enfants en danger selon les données de l'OADS.

En cas de suspicion de maltraitance, chaque médecin est tenu de faire un signalement.¹⁰ Le terme « signalement » est un terme juridique qui consiste à porter à la connaissance des autorités compétentes des faits graves nécessitant des mesures appropriées dans le seul but de protéger un mineur ou un majeur qui, en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, n'est pas en mesure de se protéger lui-même. En pratique, le médecin doit faire un signalement directement au Procureur ou à la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) dès qu'il estime que les faits dont il a été témoin, ou qui lui ont été rapportés, revêtent un caractère de gravité. Il doit utiliser le « signalement type » (disponible sur le site internet du Conseil national de l'Ordre des médecins) et le remplir uniquement en fonction de ce qu'il a constaté ou des confidences qu'il a reçues. Il ne doit en aucun cas mettre un tiers en cause. Le Procureur destinataire du signalement peut renvoyer au Président du conseil départemental si les éléments sont insuffisants après enquête ou saisir le juge des enfants pour les éventuelles suites à donner. Pour chaque signalement, une enquête sera finalement menée pour affirmer ou infirmer la maltraitance.

B – Brûlures

Les lésions cutanées représentent la forme de maltraitance la plus commune et la plus reconnaissable¹⁰ : hématomes et ecchymoses, brûlures, alopecie, griffures, morsures...

Les brûlures représentent 6 à 20% des cas de maltraitance.¹⁰ La majorité des brûlures non accidentelles concerne des enfants de 1 à 3 ans¹⁰, plutôt de sexe masculin.¹¹

Les mécanismes les plus communs sont : l'immersion dans l'eau bouillante dans environ 50% des cas (*Figure 6*), le contact direct avec un objet brûlant, et les brûlures de cigarettes.¹⁰⁻¹²

Plusieurs éléments permettent de distinguer une brûlure accidentelle d'une brûlure intentionnelle dans le cadre d'une maltraitance, notamment la topographie des lésions et leurs caractéristiques. En cas de maltraitance, le siège et le périnée font partie des zones préférentiellement ciblées^{10,11} et la muqueuse est volontiers atteinte. Les brûlures provoquées ont souvent une profondeur uniforme, avec une ligne de démarcation nette entre la peau brûlée et la peau saine.^{10,13} Elles sont le plus souvent bilatérales et symétriques.¹² Les brûlures accidentelles causées par des liquides chauds atteignent généralement les parties antérieures du corps et la gravité de la brûlure se dissipe à mesure que le liquide coule sur la peau et se refroidit. Des traces d'éclaboussures sont présentes en cas d'accident, preuves que l'enfant s'est retiré du stimulus douloureux.^{10,13}



Figure 6 : Brûlure intentionnelle par immersion dans l'eau bouillante¹³

C – Diagnostics différentiels

Certaines dermatites du siège du nourrisson se caractérisent par des lésions cutanées bulleuses ou des décollements cutanés, pouvant faire suspecter à tort des brûlures par immersion du siège dans l'eau bouillante¹⁰ et conduire à des signalements abusifs, avec de graves conséquences pour l'enfant et sa famille. Il faut donc savoir évoquer ces diagnostics différentiels avant de conclure à une maltraitance.

L'**impétigo bulleux**, dû à *Staphylococcus aureus* ou *Streptococcus pyogenes*, est fréquent dans la zone de la couche, particulièrement dans les 6 premiers mois de vie, et pendant l'été. Il peut être primitif ou correspondre à la surinfection d'une dermatose sous-jacente.

Les lésions sont faites de bulles flasques, érosions post-bulleuses et croûtes mélicériques⁸, pouvant mimer de véritables brûlures, et posant le problème du diagnostic différentiel avec des lésions provoquées.

Ainsi, Knox *et al.*¹⁴ ont rapporté le cas de jumelles de 2 ans présentant des lésions bulleuses du siège prises initialement à tort pour des brûlures intentionnelles par immersion du siège dans l'eau bouillante et qui se sont finalement révélées être des lésions d'impétigo bulleux à *Staphylococcus aureus*. (Figure 7)



Figure 7 : Impetigo bulleux¹⁴

L'**épidermolyse staphylococcique** est une affection rare, mais grave, en particulier chez le nouveau-né.¹⁴ Elle se caractérise par un exanthème scarlatiniforme, touchant initialement les grands plis et les régions péri-orificielles, qui évolue en 24 à 48h en un décollement en linge mouillé très rapidement extensif, donnant un aspect de « bébé ébouillanté ».¹⁰ La fièvre est constante, ainsi que l'altération de l'état général. Elle survient lors d'une infection à *Staphylococcus aureus* producteur d'exfoliatines A et/ou B, responsables d'un décollement de l'ensemble du revêtement cutané.

La **maladie de Kawasaki** (*Figure 8*) est une vascularite systémique fébrile qui survient classiquement chez des enfants de moins de 5 ans, avec un pic d'incidence vers l'âge de 12 mois. Elle se caractérise par un érythème diffus du siège⁷ avec une desquamation périphérique prenant un aspect ébouillanté, pouvant faire évoquer à tort une brûlure intentionnelle. S'y associent divers signes cliniques : fièvre élevée depuis plus de 5 jours, œdèmes des extrémités, langue framboisée, chéilite, conjonctivite, et adénopathies cervicales.⁴



Figure 8 : Maladie de Kawasaki⁴

Les maladies bulleuses auto-immunes de l'enfant peuvent également atteindre le siège.^{2,10}

La **dermatose à IgA linéaire** est une dermatose bulleuse auto-immune de la jonction dermo-épidermique caractérisée par la présence d'auto-anticorps IgA dirigés contre un fragment protéolytique de la BP180. Elle représente la dermatose bulleuse auto-immune la plus fréquente chez l'enfant.^{8,15} Cliniquement, elle se caractérise par des vésicules ou des bulles disposées en rosettes sur peau saine. Chez l'enfant, elle

atteint le siège dans 64% des cas et l'atteinte muqueuse est exceptionnelle.¹⁵ Le diagnostic est confirmé par la mise en évidence, en immunofluorescence directe, de dépôts linéaires d'IgA le long de la membrane basale.⁹ La recherche d'anticorps circulants est inconstamment positive.

La **dermatite herpétiforme** est une dermatose bulleuse caractérisée par la récurrence de lésions vésiculo-bulleuses très prurigineuses, regroupées en bouquets herpétiformes, siégeant préférentiellement sur les faces d'extension des membres et les fesses. L'association avec une entéropathie au gluten est quasi constante. La biopsie confirme le diagnostic avec mise en évidence, en immunofluorescence directe, de micro-abcès de polynucléaires neutrophiles au sommet des papilles dermiques et de dépôts granuleux d'IgA à la jonction dermo-épidermique.

Les toxidermies bulleuses¹⁰, comme le **syndrome de Stevens-Johnson** ou le **syndrome de Lyell**, peuvent également atteindre le siège mais sont rares chez le nourrisson. Ces pathologies sont caractérisées par la présence de bulles qui confluent rapidement en de vastes décollements cutanés superficiels (signe de Nikolsky), prédominant sur les zones de frottement. S'y associent des érosions muqueuses et une altération de l'état général. Leur diagnostic et leur prise en charge constituent une urgence, ces toxidermies graves étant potentiellement létales.

Devant une dermatite du siège inhabituelle chez un nourrisson, un interrogatoire précis et un examen clinique méticuleux sont donc nécessaires pour ne pas diagnostiquer à tort une maltraitance.¹⁰

Tableau B : Principaux diagnostics différentiels des brûlures du siège et caractéristiques cliniques

Pathologie	Lésions cutanées caractéristiques	Signes associés
Impétigo bulleux	<ul style="list-style-type: none"> . Bulles flasques . Erosions post-bulleuses . Croutes mélicériques 	
Epidermolyse staphylococcique	<ul style="list-style-type: none"> . Exanthème scarlatiniforme des grands plis et régions péri-orificielles . Evolution rapide en un décollement en linge mouillé . Aspect de « bébé ébouillanté » 	<ul style="list-style-type: none"> . Fièvre . AEG
Maladie de Kawasaki	<ul style="list-style-type: none"> . Erythème diffus du siège . Desquamation périphérique 	<ul style="list-style-type: none"> . AEG . Fièvre ≥ 5 jours . Conjonctivite bilatérale . Adénopathie cervicale . Atteinte des extrémités . Atteinte oro-pharyngée . Anévrismes coronaires
Dermatose à IgA linéaire	<ul style="list-style-type: none"> . Vésicules ou bulles disposées en rosettes sur peau saine . Atteinte fréquente du siège 	
Dermatite herpétiforme	<ul style="list-style-type: none"> . Lésions récurrentes, vésiculo-bulleuses, très prurigineuses . Regroupées en bouquets herpétiformes . Siégeant préférentiellement sur les faces d'extension des membres et les fesses 	<ul style="list-style-type: none"> . Troubles du transit
Syndrome de Stevens-Johnson/Syndrome de Lyell	<ul style="list-style-type: none"> . Bulles flasques . Erosions post-bulleuses . Signe de Nikolsky + 	<ul style="list-style-type: none"> . Atteinte muqueuse . AEG

3. LE SÉNÉ

Le **séné** (aussi appelé *Cassia senna*, *Cassia angustifolia*, *Cassia lanceolata* ou *Senna alexandrina*) est une plante laxative qui trouve son origine en Afrique, au Moyen-Orient ou encore en Inde. Il s'agit d'un laxatif stimulant naturel appartenant à la famille des dérivés anthraquinoniques, composé principalement de sennosides. Ces sennosides ne sont pas absorbés par l'estomac et sont transformés par les bactéries du colon en rhéinantrone, qui est le métabolite actif. La rhéinantrone va stimuler le péristaltisme intestinal et modifier le processus de sécrétion des enzymes digestives en inhibant l'absorption d'eau et d'électrolytes (Na⁺, Cl⁻) dans les cellules épithéliales du colon.¹⁶

Le séné est utilisé en pratique courante pour traiter la constipation passagère de l'adulte et sa délivrance ne nécessite pas de prescription médicale. Le séné est surtout commercialisé sous forme de tisanes laxatives ou amaigrissantes, mais il existe également sous forme de barres de chocolat laxatives, notamment aux Etats-Unis, cette forme conduisant à de nombreuses consommations accidentelles par des enfants.¹⁷

Chez l'adulte, divers effets secondaires ont été rapportés avec la consommation de séné.

Sur le plan digestif, les premières semaines de traitement peuvent être marquées par des douleurs abdominales et des épisodes de diarrhée ou vomissements.

Des cas de colites hémorragiques consécutives à l'administration de séné ont été rapportés.^{18,19} Ainsi, Ozdil *et al.*¹⁸ ont décrit le cas d'un patient de 50 ans ayant présenté une colite hémorragique 5 à 6h après l'ingestion de 300mL de sennosides, avant réalisation d'une coloscopie. Cette dernière a mis en évidence une hyperhémie muqueuse et des ulcérations coliques prédominant sur le colon descendant.

A long terme, le séné peut être responsable d'une mélanose colique²⁰ en provoquant une accumulation progressive de macrophages pigmentés sur la paroi intestinale. L'arrêt de l'utilisation du laxatif entraîne généralement la résolution de la mélanose colique. Celle-ci ne serait pas associée à un risque accru de cancer du côlon.²¹

Sur le plan cutané, des effets secondaires en lien avec la prise de séné peuvent également s'observer. Ainsi, l'étude de Yokoyama *et al.*²² suggère que son administration répétée pourrait altérer la barrière cutanée et aggraver des dermatoses sous-jacentes telles que la dermatite atopique et la xérose sénile.

Dans la littérature, des cas de toxidermies graves en lien avec la prise de séné ont été décrits. Sugita *et al.*²³ ont ainsi rapporté le cas d'une femme de 70 ans ayant présenté un érythème polymorphe après avoir utilisé des sennosides dans un contexte de constipation. Le bilan allergologique réalisé confirmait l'imputabilité du séné. Un cas de pustulose exanthématique aigue généralisée au séné chez une femme de 74 ans a également été décrit.²⁴ D'autres toxidermies ont été rapportées : érythème pigmenté fixe, toxidermie lichenoïde, photosensibilité.^{23,24}

En pratique, le séné est contre-indiqué chez l'enfant en raison d'un manque d'information sur la sûreté de son utilisation dans cette population.¹⁷ Cependant, il peut être prescrit chez l'enfant en milieu hospitalier dans certaines indications : constipation idiopathique, constipation due à une malformation anorectale, constipation causée par une maladie de Hirschsprung, ou comme préparation colique avant réalisation d'une coloscopie.^{25,26} Ainsi, Cogley *et al.*²⁵ ont traité 232 patients avec des sennosides entre novembre 2013 et juin 2016. De la même manière, Vilanova-Sanchez *et al.*²⁶ ont traité 640 patients avec du séné de 2014 à 2017, et ont rapporté des effets secondaires en lien avec son administration chez 100 patients (15.6%), notamment cutanés.

PARTIE II : ARTICLE

Senna laxative-induced dermatitis in children: a dermatitis mimicking child abuse.

Word count: 734

Number of Tables and Figures: 1

L FLEURENTIN ¹, A-C BURSZTEJN ¹, N PETITPAIN ², L JAVOT ², S ADETU ³, J-L SCHMUTZ ¹, L MARTRILLE ⁴, L GOFFINET ³

¹ CHRU Nancy, Département de Dermatologie, Nancy, F-54000, France

² CHRU Nancy, Centre régional de Pharmacovigilance, Nancy, F-54000, France

³ CHRU Nancy, Département de chirurgie pédiatrique, Unité des brûlés, Nancy, F-54000, France

⁴ CHRU Nancy, Pôle URM, Service de médecine légale, Nancy, F-54000, France

Corresponding author: Anne-Claire BURSZTEJN, CHRU Nancy, Département de Dermatologie, Nancy, F-54000, France. Tel: 0383157146, email: ac.bursztejn@chru-nancy.fr

No funding source

No conflict of interest to declare

Senna is a natural stimulant laxative, which is not usually prescribed to children who still wear diapers because it can cause senna laxative-induced dermatitis.¹ We report two cases of such dermatitis associated with an abscess.

Case 1:

A 3-year-old boy was admitted following severe diaper rash discovered by his parents while changing diapers (Fig. A). The child achieved daytime continence, but he still wore diapers at night. He presented a well-demarcated erythema on the buttocks, associated with large skin erosions and coalescing flaccid blisters sparing the gluteal fold. These lesions were induced by profuse diarrhoea. An abusive scald burn was initially suspected. The biological results were normal. No microorganism was detected in stool or skin swabs. Rectosigmoidoscopy did not reveal any lesions of the rectal mucosa. After extensive and precise questioning, we discovered an accidental intake of senna tea the day before the admission, reported by the father. The consumed dose was unknown. Senna laxative-induced dermatitis was diagnosed. The patient was given local treatment until total wound healing (Fig. B).

Case 2:

A 14-month-old boy was admitted regarding a recent diaper rash. Neither daytime nor night-time continence was achieved. At examination he presented well-limited erythema in the buttocks with large skin erosions and blisters (Fig. C). Necrotizing lesions were noted on the left buttock. The skin lesions presented linear demarcation closely aligned with the diaper edge and the gluteal fold was spared. The presence of an ecchymosis-like mark on the sacral area (actually a misinterpreted mongoloid spot) lead to the suspicion of a child abuse with scald burns by intentional immersion (Fig. C). The biological results were normal. After specific questioning, the family reported daily senna infusion intake according to a naturopath's prescription 8 days before in order to treat child's constipation. Therefore senna laxative-induced dermatitis was diagnosed. An abscess developed deep under the necrotised skin on the left buttock, and surgical drainage was performed (Fig. D).

We report two cases of senna laxative-induced dermatitis. The second case was complicated by an abscess which was not associated with secondary bacterial superinfection. This dermatitis is well known in the USA, where senna laxative is very popular and the accidental intake by children is not uncommon. Spiller *et al.*¹ reported 111 cases of fortuitous senna ingestion in paediatric groups over a 9-month period. Most of the previously reported situations were related to accidental ingestion,¹⁻⁵ except eight recently reported cases by Cogley *et al.*, in which senna was given as part of a prescribed constipation management program.⁶ Similarly, in our second patient, senna was prescribed by a naturopath.

The skin lesions are typically diamond-shaped with linear borders aligned with the diaper edge, sparing the perineal tissue and the gluteal cleft. They occur after prolonged contact between the skin and senna-induced diarrhoeal faeces. Spiller *et al.*¹ reported severe diaper rash in 29 children, 27 wore diapers, 10 experienced blisters. The occlusive environment created by diapers is a risk factor for this dermatitis but it can also rarely occur in fully toilet trained children. The relationships between senna-ingestion dose, repeated administration and skin lesion severity need further investigation. According to Vilanova-Sanchez *et al.*⁷, the risk of developing senna-induced dermatitis is greater with a high administered dose (60mg per day), but they do not show any relationship with the treatment duration. The pathogenesis remains unclear. One hypothesis is that senna comprises sennosides which are not absorbed by the stomach but are transformed to rheinanthrone by colon bacteria.² Rheinanthrone stimulates peristalsis and modifies the digestive enzyme secretion process by inhibiting water and electrolyte absorption in the epithelial colon cells. The digestive enzyme concentration in stools may be increased, leading to an acute irritant contact dermatitis.

To our knowledge, there is no reported case of senna-laxative induced dermatitis in adults, but two cases of similar buttock dermatitis in adults have been reported with danthron, another anthraquinone derivative laxative.⁸

The diagnosis is based on typical lesions and a suggestive senna intake history but differential diagnosis must be disregarded such as Staphylococcal infection⁹ or external burns (toxic, caustic or thermal), whose clinical presentation may be similar, with well demarcated erythema, flaccid blisters and skin erosions. Careful investigation helps prevent child abuse misdiagnosis. As previously described¹⁻⁴, the lesions were firstly misdiagnosed as intentionally induced scald burns, claiming a report to child protection services. Indeed, the buttock site is an independent predictor of non-accidental injury.¹⁰ However, abusive burns were reported to have mostly a mucosal involvement.¹¹

Figures



A) diamond-shaped lesions of the buttocks associated with flaccid blisters, B) wound healed after local treatment, C) senna laxative-induced dermatitis with dermal necrosis and mongoloid spot, D) wound healed after local treatment and surgical drainage of abscess

References

1. Spiller HA, Winter ML, Weber JA, et al. Skin breakdown and blisters from senna-containing laxatives in young children. *Ann Pharmacother* 2003; **37**:636–9.
2. Leventhal JM, Griffin D, Duncan KO, et al. Laxative-induced dermatitis of the buttocks incorrectly suspected to be abusive burns. *Pediatrics* 2001; **107**:178–9.
3. MacDuff S, Sun J, Bell DE, et al. Accidental burn by intentional laxative use. *Pediatr Emerg Care* 2016; **32**:541–3.
4. McManus J, Urquhart P, Tork O, et al. Accidental, but initially suspicious, injury. *J Paediatr Child Health* 2014; **50**:647–8.
5. Smith WA, Taintor AR, Kos L, et al. Senna-containing laxative inducing blistering dermatitis in toddlers. *Arch Dermatol* 2012; **148**:402–4.
6. Cogley K, Echevarria A, Correa C, et al. Contact burn with blister formation in children treated with sennosides. *Pediatr Dermatol* 2017; **34**:e85–8.
7. Vilanova-Sanchez A, Gasio A, Toocheck N, et al. Are Senna based laxatives safe when used as long term treatment for constipation in children? *J Pediatr Surg* 2018; **53**:722–7.
8. Harland CC, Mortimer PS. Laxative-induced contact dermatitis, *Contact dermatitis* 1992; **27**:268–9.
9. Knox BL, Petska HW, DeMuri GP, et al. Staphylococcal infection mimicking child abuse: what is the differential diagnosis and appropriate evaluation? *Pediatr Emerg Care* 2011; **27**:547–9.
10. Hodgman EI, Pastorek RA, Saeman MR, et al. The Parkland Burn Center experience with 297 cases of child abuse from 1974 to 2010. *Burns* 2016; **42**:1121–7.
11. Pawlik MC, Kemp A, Maguire S, et al. Children with burns referred for child abuse evaluation: Burn characteristics and co-existent injuries. *Child Abuse Negl* 2016; **55**:52–61.

PARTIE III : CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Nous rapportons deux cas d'une dermatose inhabituelle du siège, induite par le séné, jusqu'alors méconnue en France. Cette dermatose est responsable de douleurs importantes, de cicatrices étendues, mais aussi d'accusations erronées de maltraitance.^{16,17,27-29}

Nos observations mettent en lumière les potentiels effets indésirables des plantes, considérées par certains comme un moyen naturel de traitement, dénué de tout risque.

Dans le deuxième cas, l'administration de séné faisait suite à sa prescription par un naturopathe, sous forme de tisane Mediflor®. Cependant, en pratique courante, le séné est contre-indiqué chez l'enfant.¹⁷ Ceci souligne donc le fait que les médecines complémentaires, en particulier la phytothérapie, devraient être mieux encadrées.

Les professionnels les pratiquant doivent être informés de leurs éventuels effets secondaires, souvent mal connus, parfois à l'origine d'une errance diagnostique voire de diagnostics erronés.

Les pratiques de soins dites « non conventionnelles » sont nombreuses : phytothérapie, acupuncture, homéopathie, médecine chinoise... Elles sont aussi appelées « médecines alternatives », « médecines complémentaires », ou encore « médecines douces ». Ces pratiques sont diverses, tant par les techniques qu'elles emploient que par les fondements théoriques qu'elles invoquent. Leur point commun est qu'elles ne sont ni reconnues, au plan scientifique, par la médecine conventionnelle, ni enseignées au cours de la formation initiale des professionnels de santé.

Fortes de leur médiatisation, notamment via Internet, les médecines alternatives et complémentaires attirent de nos jours de nombreux patients déçus par la médecine conventionnelle.

Elles sont ainsi en plein essor : 40% des Français y auraient déjà eu recours. Les médecines complémentaires sont utilisées dans le monde entier, avec une prévalence variant de 27 à 76% selon les populations.³⁰

1. UTILISATION DES MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES EN DERMATOLOGIE

Les médecines complémentaires sont surtout utilisées par des patients souffrant de pathologies chroniques, difficilement contrôlées, nécessitant un traitement au long cours, et affectant leur qualité de vie. Leurs utilisateurs seraient également en quête d'un soutien émotionnel que leur médecin ne saurait leur apporter.³¹ En dermatologie, les patients font de plus en plus souvent appel à ces pratiques³¹, que ce soit en complément ou en remplacement du traitement conventionnel, notamment pour des dermatoses chroniques comme la dermatite atopique, le psoriasis, l'acné ou l'alopecie. Ainsi, 35 à 69% des patients suivis en dermatologie y auraient déjà eu recours.³¹

Concernant la dermatite atopique, 42.5% à 50.4%³²⁻³⁵ des patients se tourneraient vers les médecines non conventionnelles, surtout utilisées en complément puisqu'elles ne se substitueraient au traitement traditionnel que dans 4% des cas.³⁶ Les facteurs motivant leur utilisation seraient principalement la frustration liée au caractère chronique de la dermatose, l'insatisfaction à l'égard du traitement conventionnel, et la crainte de ses effets secondaires.³² Les pratiques les plus couramment utilisées seraient la médecine chinoise, la phytothérapie et l'homéopathie.^{31,32} De nombreuses études ont tenté d'évaluer l'efficacité de ces médecines alternatives sur la dermatite atopique^{37,38} mais leurs résultats divergent. Certaines montrent une efficacité de la phytothérapie, de la supplémentation vitaminique ou de l'application de miel³⁶, qui permettraient notamment une diminution du prurit et de la xérose. D'autres études, en revanche, rapportent l'absence de résultat sur la dermatite atopique voire même une aggravation dans 10% des cas.³² Plusieurs études³⁸ s'accordent cependant sur l'effet bénéfique des techniques visant à réduire le stress, comme l'hypnose ou l'acupuncture.

Concernant le psoriasis, malgré les avancées thérapeutiques récentes grâce aux biothérapies³⁹, 52.3% des patients seraient insatisfaits des traitements habituels. Ainsi, plus de 51% des patients souffrant de psoriasis auraient recours aux médecines alternatives et complémentaires⁴⁰. Gamret *et al.*⁴⁰ se sont intéressés aux

pratiques non conventionnelles utilisées dans le psoriasis, en menant une méta-analyse incluant 60 études, réalisées entre 1950 et 2017. Certaines pratiques seraient efficaces dans la prise en charge du psoriasis, comme l'utilisation du curcumin topique, la consommation d'huile de poisson, ou encore l'application d'*Indigo Naturalis* qui inhiberait la prolifération kératinocytaire et réparerait la barrière épidermique. D'autres seraient inutiles, comme la supplémentation en zinc ou en sélénium⁴¹, ou l'administration de curcumin par voie orale.⁴⁰

Comme dans la dermatite atopique, la majorité des études s'accorde sur l'utilité de pratiques relaxantes comme la méditation, l'hypnose ou l'acupuncture, qui réduiraient le stress, facteur déclenchant et aggravant connu du psoriasis.³⁹⁻⁴¹

Certains auteurs avancent que le traitement traditionnel couplé aux médecines complémentaires serait plus efficace que le traitement traditionnel seul, et que de fait, certaines thérapies non conventionnelles reconnues sûres et efficaces devraient faire partie intégrante du traitement du psoriasis.^{39,41}

Les médecines complémentaires sont donc en plein essor chez les patients suivis pour une dermatose chronique, bien que leur utilisation n'ait pas fait suffisamment preuve d'efficacité pour être recommandée.³⁷

Néanmoins, le dermatologue doit être ouvert à ces pratiques non conventionnelles pour pouvoir apporter à son patient des informations objectives à leur sujet plutôt que de les rejeter totalement.³¹ Certains professionnels de santé plaident pour l'enseignement des médecines complémentaires, comme l'acupuncture ou l'homéopathie, dans le cursus des études médicales. En effet, cette formation pourrait favoriser un usage sûr des pratiques de soins non conventionnelles, faire profiter le patient de leurs effets bénéfiques, et informer de leurs effets secondaires et risques potentiels.

2. EFFETS SECONDAIRES CUTANÉS DES MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES

Bien qu'elles soient utilisées pour soigner certaines pathologies dermatologiques, les médecines alternatives et complémentaires peuvent être elles-mêmes à l'origine de dermatoses multiples.

Parmi les pratiques de soins non conventionnelles, la **phytothérapie** (*phyto*, plante) occupe une place prépondérante, notamment dans la médecine traditionnelle chinoise et la médecine ayurvédique. La phytothérapie est basée sur l'utilisation des propriétés pharmacologiques naturelles des molécules contenues dans les plantes. Cependant, certaines plantes utilisées peuvent être toxiques, interagir avec le traitement médicamenteux habituel ou encore être responsables de pathologies graves, notamment dermatologiques. Les effets secondaires des plantes médicinales doivent faire l'objet d'une déclaration à la pharmacovigilance.

Par exemple, la graine de Nigelle (*Nigella sativa*) est fréquemment utilisée en Asie et en Afrique pour ses multiples propriétés thérapeutiques : anti-inflammatoire, hypoglycémique, anti-hypertensive, anti-cancéreuse ou anti-oxydante. Son huile serait utile dans le traitement de nombreuses dermatoses chroniques comme le psoriasis ou le vitiligo, cependant elle peut être responsable de dermatoses bulleuses.

Bonhomme *et al.*⁴² ont ainsi rapporté le cas d'une patiente ayant présenté un syndrome de Stevens-Johnson suivi d'une pemphigoïde bulleuse après consommation d'huile de Nigelle pour traiter une asthénie. (*Figure 9*)

Entre 1996 et 2016, 149 cas de dermatoses bulleuses en lien avec l'usage de la phytothérapie ont été rapportés dans la littérature⁴² : syndrome de Stevens-Johnson, de syndrome de Lyell, ou toxidermies bulleuses non précisées. L'huile de Nigelle était impliquée dans 3 cas.

Dans la majorité des cas, les plantes imputées étaient inconnues, les mélanges de plantes médicinales utilisés étant rarement détaillés. L'absence de précision sur la composition des préparations utilisées pose la question de la substance responsable et du risque de récurrence. En effet, des benzodiazépines, des corticoïdes, des

relaxants musculaires, des diurétiques, des anti-inflammatoires non stéroïdiens ou encore des antihistaminiques ont été décelés dans des préparations traditionnelles chinoises à base de plantes.³⁰ Des concentrations dépassant les limites légales pour certains métaux lourds (mercure, arsenic, plomb et cuivre) ont également été mises en évidence.³⁰

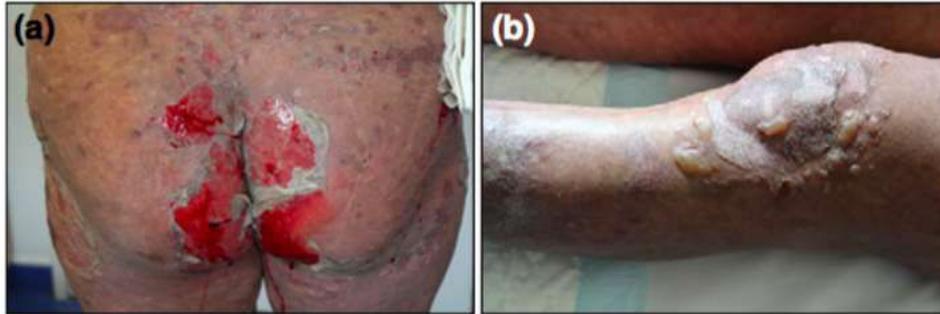


Figure 9 : Syndrome de Stevens Johnson à l'huile de Nigelle⁴²

Autre exemple, le shiitake (*lentinula edodes*), utilisé depuis plusieurs millénaires dans les pharmacopées chinoise et japonaise, est un champignon médicinal auquel on prête de multiples vertus, notamment anti-oxydante et anti-cancéreuse. Cependant, cru ou mal cuit, il peut occasionner une dermatose flagellée : la dermite au shiitaké.⁴³ Elle se caractérise par des papules érythémateuses très prurigineuses groupées de façon linéaire, à disposition flagellée, prédominant sur les membres et le tronc (Figure 10). Il existerait un lien entre la quantité de shiitaké ingérée et l'intensité des symptômes. Un cas de dermite au shiitaké pustuleuse a également été rapporté.⁴⁴ Le mécanisme physiopathologique incriminé serait une réaction toxique au lentinane, polysaccharide thermolabile du champignon.⁴³



Figure 10 : Dermite au shiitaké⁴³

Les plantes médicinales peuvent aussi être à l'origine de dermatoses lorsqu'elles sont appliquées directement sur la peau.

Ainsi, le massage aux herbes à base de *Pulsatilla koreana*, couramment utilisé en Corée à des fins antipyrétiques et antirhumatismales, peut engendrer de graves brûlures chimiques.⁴⁵

Les topiques utilisés en médecine traditionnelle chinoise seraient eux à l'origine de multiples cas de dermatites de contact, de brûlures, ou de réactions de photosensibilité.³⁰

L'**aromathérapie** est une branche de la phytothérapie. Elle consiste à recueillir les principes actifs des plantes par un processus complexe de distillation à la vapeur d'eau. On récupère ainsi la forme liquide et concentrée qu'on appelle « huile essentielle ».

Les huiles essentielles peuvent être responsables d'eczéma de contact, d'eczéma aéroporté en lien avec les diffuseurs d'huiles essentielles, ou encore de phototoxicité.

Par exemple, l'huile essentielle de cannelle, préconisée pour le traitement des verrues résistant aux topiques habituels, est responsable d'eczéma de contact atypique ou sévère (Figure 11). L'allergène responsable est le cinnamaldéhyde. Une réaction endogène après consommation de cannelle peut parfois survenir à distance de la sensibilisation cutanée.⁴⁶



*Figure 11 : Eczéma de contact bulleux à l'huile essentielle de cannelle
Département de Dermatologie – CHRU Nancy*

L'**acupuncture**, forme de médecine traditionnelle chinoise, est utilisée pour traiter un large éventail de pathologies, dont certains troubles dermatologiques. Souvent considérée comme non risquée, cette pratique peut néanmoins être à l'origine d'infections cutanées virales, bactériennes ou à mycobactéries.

Ainsi, Ara *et al.*⁴⁷ ont rapporté le cas d'une femme de 58 ans ayant développé une infection cutanée à *Mycobacterium Chelonae*, révélée par des nodules sous-cutanés abcédés de l'abdomen, 3 mois après avoir été traitée par acupuncture pour son obésité. D'autres complications ont été rapportées avec l'acupuncture : hématomes, phénomène de Koebner, granulomes à corps étrangers, pyoderma gangrenosum, par exemple.³⁰

Autre pratique de la médecine chinoise traditionnelle, le **cupping** est très répandu dans les pays asiatiques.^{30,48} Il consiste en l'application de ventouses sur la peau à des fins thérapeutiques, notamment pour traiter les arthralgies, les myalgies ou les troubles dermatologiques comme l'eczéma.⁴⁸ Ces ventouses peuvent être à l'origine de lésions érythémateuses circulaires, d'ecchymoses ou de bulles hémorragiques, disposées de manière symétrique sur les épaules, le dos, les lombes ou le thorax⁴⁹ (*Figure 12*). Ces lésions, si elles ne sont pas diagnostiquées comme étant la conséquence de l'application de ventouses, peuvent mener à des suspicions erronées de maltraitance.⁴⁹ Par ailleurs, des cas de panniculites et d'ulcères post-cupping ont été rapportés, et un phénomène de Koebner peut également être observé avec cette pratique.³⁰



Figure 12 : Cupping

La **moxibustion** est une pratique originaire des pays asiatiques, consistant à brûler sur des points d'acupuncture des morceaux d'*Artemisia vulgaris*, connus sous le nom de *moxa*.³⁰ La moxibustion peut être directe, lorsque les moxa sont brûlés directement sur la peau et retirés une fois la douleur ressentie par le patient, mais la pratique la plus courante est la moxibustion indirecte, où des matériaux isolants sont placés entre la peau et le moxa. Les effets secondaires cutanés le plus souvent rapportés avec cette pratique sont les brûlures et les réactions allergiques provoquées par la fumée produite au cours du processus.³⁰ Les lésions causées par la moxibustion peuvent être confondues avec une maltraitance, car elle provoque des brûlures circulaires semblables à des brûlures de cigarette³⁰ (Figure 13).



Figure 13 : Moxibustion³⁰

Le **Gua sha** est une pratique utilisée dans les cultures asiatiques pour traiter la fièvre, les céphalées ou encore la toux.³⁰ La peau huilée est frottée vigoureusement avec le bord d'une pièce de monnaie ou d'une cuillère jusqu'à ce que des ecchymoses ou du purpura apparaissent, dessinant une forme de sapin (*Figure 14*). Des cas de brûlures et de dermatites de contact ont été rapportés avec son utilisation.³⁰ Les lésions provoquées par le frottement peuvent également évoquer des lésions de maltraitance.³⁰



*Figure 14 : Gua sha*³⁰

Pour conclure, les médecines alternatives et complémentaires sont en plein essor, notamment dans le domaine de la dermatologie, mais elles n'ont pas encore suffisamment fait preuve de leur efficacité pour être recommandées.

Bien que plébiscitées par de nombreux patients, ces pratiques de soins non conventionnelles peuvent être responsables de multiples effets secondaires, notamment dermatologiques. Ainsi, devant une dermatose inhabituelle ou inexplicable, l'interrogatoire doit être policier et chercher l'éventuelle utilisation d'une telle pratique, afin d'éviter toute errance diagnostique.

Leurs effets secondaires, et plus particulièrement ceux des plantes médicinales, doivent faire l'objet d'une déclaration à la pharmacovigilance, afin que les différents professionnels de santé en soient informés.

Nous soulignons le fait que les médecines alternatives et complémentaires devraient être mieux encadrées, et nous nous interrogeons sur l'intérêt de leur enseignement aux professionnels de santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Klunk C, Domingues E, Wiss K. An update on diaper dermatitis. *Clin Dermatol* 2014; **32**:477–87.
2. Cohen B. Differential diagnosis of diaper dermatitis. *Clin Ped* 2017; **56**:s16–22.
3. Lagier L, Mazereeuw-Hautieret J, Raffin L, et al. Les dermites du siège du nourrisson. *Ann Dermatol Venereol* 2015; **142**:54–61.
4. Fölster-Holst R. Differential diagnoses of diaper dermatitis. *Pediatr Dermatol* 2018; **35**:s10–8.
5. Stamatas G, Tierney N. Diaper Dermatitis: Etiology, Manifestations, Prevention, and Management. *Pediatr Dermatol* 2013; **31**:1–7.
6. Maruani A, Lorette G, Barbarot S, et al. Re-emergence of papulonodular napkin dermatitis with use of reusable diapers: report of 5 cases. *Eur J Dermatol* 2013; **23**:246–9.
7. Coughlin C, Eichenfield L and Friden I. Diaper Dermatitis: Clinical Characteristics and Differential Diagnosis. *Pediatr Dermatol* 2014; **31**:19–24.
8. Van Gysel D. Infections and skin diseases mimicking diaper dermatitis. *Int J Dermatol* 2016; **55**:10–3.
9. Mahé E. Childhood psoriasis. *Eur J Dermatol* 2016; **26**:537–48.
10. Jinna S, Livingston N, Moles R. Cutaneous sign of abuse: Kids are not just little people. *Clin Dermatol* 2017; **35**:504–11.
11. Hodgman EI, Pastorek RA, Saeman MR, et al. The Parkland Burn Center experience with 297 cases of child abuse from 1974 to 2010. *Burns* 2016; **42**:1121–7.
12. Pawlik MC, Kemp A, Maguire S, et al. Children with burns referred for child abuse evaluation: Burn characteristics and co-existent injuries. *Child Abuse Negl* 2016; **55**:52–61.
13. Maguire S, Moynihan S, Mann M, et al. A systematic review of the features that indicate intentional scalds in children. *Burns* 2008; **34**:1072–81.
14. Knox BL, Petska HW, DeMuri GP, et al. Staphylococcal infection mimicking child abuse: what is the differential diagnosis and appropriate evaluation? *Pediatr Emerg Care* 2011; **27**:547–9.
15. Cordel N, Bessis D, Bourrat E, et al. Dermatose à IgA linéaire de l'enfant : étude rétrospective multicentrique de 32 cas. *Ann Dermatol Venereol* 2016; **143**:S179–80.
16. Leventhal JM, Griffin D, Duncan KO, et al. Laxative-induced dermatitis of the buttocks incorrectly suspected to be abusive burns. *Pediatrics* 2001; **107**:178–9.
17. Spiller HA, Winter ML, Weber JA, et al. Skin breakdown and blisters from senna-containing laxatives in young children. *Ann Pharmacother* 2003; **37**:636–9.

18. Ozdil B, Kece C, Cosar A. Acute Hemorrhagic Colitis following Administration of Sennosides for Colon Cleansing. *Ann Pharmacoter* 2010; **44**:770–1.
19. Villand J. Acute hemorrhagic colitis following administration of sennosides A and B. *Presse Med* 1985; **14**:104–5.
20. Yamata Y, Hiramoto K, Yokoyama S, et al. Immunological changes in the intestines and skin after senna administration. *Pharm Biol* 2015; **53**:913–20.
21. Morales MA, Hernandez D, Bustamante S, et al. Is Senna Laxative Use Associated to Cathartic Colon, Genotoxicity, or Carcinogenicity? *Journal of Toxicology* 2009 ; 1–8.
22. Yokoyama S, Hiramoto K, Yamate Y, et al. Influence of repeated senna laxative use on skin barrier function in mice. *Ann Dermatol* 2017; **29**:414–21.
23. Sugita K, Izu K, Tokura Y. Erythema multiforme-like drug eruption caused by sennoside. *Int J Dermatol* 2006; **45**:1123.
24. Sugita K, Nishio D, Kabashima K, et al. Acute generalized exanthematous pustulosis caused by sennoside in a patient with multiple myeloma. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2008; **22**:517–9.
25. Cogley K, Echevarria A, Correa C, et al. Contact burn with blister formation in children treated with sennosides. *Pediatr Dermatol* 2017; **34**:e85–8.
26. Vilanova-Sanchez A, Gasior A, Toocheck N, et al. Are Senna based laxatives safe when used as long term treatment for constipation in children? *J Pediatr Surg* 2018; **53**:722–7.
27. MacDuff S, Sun J, Bell DE, et al. Accidental burn by intentional laxative use. *Pediatr Emerg Care* 2016; **32**:541–3.
28. McManus J, Urquhart P, Tork O, et al. Accidental, but initially suspicious, injury. *J Paediatr Child Health* 2014; **50**:647–8.
29. Hall CC, DePiero AD. Laxative-induced buttock dermatitis. *J Emerg Med* 2011; **40**:212–3.
30. Vashi N, Patzelt N, Wirya S, et al. Dermatoses caused by cultural practices. *J Am Acad Dermatol* 2018; **79**:1–16.
31. Ernst E. The usage of complementary therapies by dermatological patients: a systematic review. *Br J Dermatol* 2000; **142**:857–61.
32. Hughes R, Ward D, Tobin AM, et al. The Use of Alternative Medicine in Pediatric Patients with Atopic Dermatitis. *Pediatr Dermatol* 2007; **24**:118–20.
33. Simpson E, Basco M, Hanifin J. A cross-sectional survey of complementary and alternative medicine use in patients with atopic dermatitis. *Am J Contact Dermatitis* 2003; **14**:144–7.
34. Johnston GA, Bilbao RM, Graham-Brown R. The use of complementary medicine in children with atopic dermatitis in secondary care in Leicester. *Br J Dermatol* 2003; **149**:566–71.
35. Jensen P. Use of alternative medicine by patients with atopic dermatitis and psoriasis. *Acta Derm Venereol* 1990; **70**:421–4.

36. Berk DR, Kanzler M. Prevalence of Alternative Medicine Use for Skin Conditions in a Primary Care Population. *Arch Dermatol* 2004; **140**.
37. Shi K, Lio P. Alternative Treatments for Atopic Dermatitis: An Update. *Am J Clin Dermatol* 2018
38. Vieira B, Lim N, Lohman M, et al. Complementary and Alternative Medicine for Atopic Dermatitis: An Evidence-Based Review. *Am J Clin Dermatol* 2016; **17**:557–81.
39. Damesvska K, França K, Lotti T, et al. Complementary and integrative therapies for psoriasis: Looking forward. *Dermatol Ther* 2018; **31**:e12627.
40. Gamret A, Price A, Fertig R, et al. Complementary and Alternative Medicine Therapies for Psoriasis: A Systematic Review. *JAMA Dermatol* 2018; **154**:1330.
41. Talbott W, Duffy N. Complementary and Alternative Medicine for Psoriasis: What the Dermatologist Needs to Know. *Am J Clin Dermatol* 2015; **16**:147–65.
42. Bonhomme A, Poreaux C, Jouen F, et al. Bullous drug eruption to Nigella sativa oil: Consideration of the use of a herbal medicine - clinical report and review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2017; **31**:e217–9.
43. Hérault M, Waton J, Bursztejn AC, et al. Shiitake dermatitis now occurs in France. *Ann Dermatol* 2010; **137**:290–3.
44. Netchiporouk E, Pehr K, Ben-Shoshan M, et al. Pustular flagellate dermatitis after consumption of shiitake mushrooms. *JAAD Case Rep* 2015; **1**:117–9.
45. Song J, Tae S, Joo H, et al. Chemical Burns Following Massage With Chopped Pulsatilla koreana. *Wounds* 2017; **29**:352–4.
46. Ferrier Le Bouëdec M-C, Texier C, Gilard AM, et al. Eczémas de contact atypiques ou sévères à l'huile essentielle de cannelle. *Ann Dermatol* 2013; **140**:S44.
47. Ara M, De Santamaria C, Zaballos P, et al. Mycobacterium chelonae infection with multiple cutaneous lesions after treatment with acupuncture. *Int J Dermatol* 2003; **42**:642–4.
48. Soliman Y, Hamed N, Khachemoune A. Cupping in dermatology : a critical review and update. *Acta Dermatovenereol Alp Pannonica Adriat* 2018; **27**:103–7.
49. Mataix J, Belinchon I, Banuls J, et al. Skin lesions from the application of suction cups for therapeutic purposes. *Actas Dermosifiliogr* 2006; **97**:212–4.

VU

NANCY, le **25 janvier 2019**
Le Président de Thèse

NANCY, le **05 février 2019**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 10612

NANCY, le **07 février 2019**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Introduction : Les dermites du siège sont fréquentes chez le nourrisson, qu'elles soient irritatives, infectieuses, inflammatoires, ou encore en lien avec une pathologie systémique. La topographie des lésions, leurs caractéristiques cliniques et les éventuels symptômes associés permettent d'en déterminer l'étiologie. En cas de dermite du siège atypique et inexplicée, et après élimination d'un éventuel diagnostic différentiel, une maltraitance doit être évoquée.

Observation : Nous rapportons deux cas de dermatose induite par le séné, résultant de l'administration de cette plante laxative chez des enfants porteurs de couches. Cette entité se caractérise par des lésions cutanées du siège de forme losangique, bien limitées, et respectant la marge anale et la muqueuse rectale. Malgré la présentation clinique typique, une maltraitance avait été initialement suspectée dans nos deux observations, aboutissant à des signalements erronés.

Discussion : Les pratiques de soins dites « non conventionnelles » sont nombreuses et en plein essor, notamment en dermatologie pour le traitement de dermatoses chroniques comme la dermatite atopique ou le psoriasis. Cependant, leur utilisation n'a pas fait suffisamment preuve d'efficacité pour être recommandée et ces pratiques peuvent être elles-mêmes à l'origine de dermatoses multiples, de gravité variable.

Conclusion : Les médecines alternatives et complémentaires peuvent être responsables de divers effets secondaires, souvent mal connus, à l'origine d'errance diagnostique voire de diagnostics erronés. Nous soulignons le fait que ces pratiques nécessitent d'être mieux encadrées et nous nous interrogeons sur l'intérêt de leur enseignement aux professionnels de santé.

TITRE EN ANGLAIS : Senna laxative-induced dermatitis in children : a dermatitis mimicking child abuse.

THÈSE : MÉDECINE SPÉCIALISÉE – ANNÉE 2019

MOTS CLÉS : Dermatose induite par le séné, dermites du siège, maltraitance, séné, médecines alternatives et complémentaires

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE-LES-NANCY
