



Organe officiel de la
Société française de pédiatrie
et de l'Association des
Pédiatres de langue française



Dermopédiatrie

L'ÉRYTHÈME FESSIER

La dermatose la plus fréquente chez l'enfant de 6 mois à 1 an

L'érythème fessier du nourrisson représente 10 à 15 % des motifs de consultation chez le pédiatre. Résultat de facteurs d'agression externe et de facteurs favorisant la macération, les irritants et les interactions mécaniques, l'érythème fessier peut se manifester dès la 3^e semaine de vie. Sa prévalence est la plus élevée entre 6 et 12 mois.

Si l'évolution des changes pour bébé contribue de façon significative à la diminution en termes de fréquence et de sévérité de l'érythème fessier, il demeure cependant indispensable d'en rappeler sa physiopathologie, les règles d'hygiène de base et les moyens de protection de la peau destinés à limiter les agressions des selles et de l'urine.



Erythème fessier du nouveau-né et du nourrisson

➤ Dr Alice PHAN

MCU-PH, Dermatologie pédiatrique
Hôpital Femme-Mère-Enfant, Bron
Conflit d'intérêt : aucun.

Le siège est une zone de fragilité car exposé à des conditions particulières.

De nombreuses dermatoses infantiles s'y localisent de façon préférentielle.

Physiologie de la peau du nouveau-né et du nourrisson [1]

Le développement de la peau est corrélé à l'âge gestationnel et débute par une période d'histogénèse qui se poursuit jusqu'à environ 4 mois 1/2, suivie d'une période de maturation se terminant plusieurs semaines après la naissance. La formation de la barrière cutanée débute vers les 20-24^{es} semaines de gestation. Chez le nouveau-né à terme, l'épiderme est stratifié, constitué d'une assise basale, d'une couche granuleuse (*Stratum granulosum*), d'une couche épineuse (*S. spinosum*) et d'une couche cornée (*S. corneum*). À la naissance, l'intégrité de cette barrière épidermique, première interface avec le milieu extérieur, est une condition indispensable pour la prévention de la perte en eau et la défense contre les micro-organismes qui vont la coloniser. L'efficacité de cette barrière est proportionnelle à la composition en lipides et à l'épaisseur de la couche cornée qui augmente avec l'âge gestationnel. L'épiderme du nouveau-né à terme est grossièrement semblable à celui de l'adulte, à la différence que :

- l'absorption percutanée est plus importante du fait d'un rapport surface/poids plus grand, avec donc un plus grand risque de passage systémique de substances toxiques ;
- les crêtes interpapillaires épidermiques sont peu développées, expliquant une plus grande vulnérabilité cutanée aux traumatismes (frictions, abrasions...) ;
- le pH de la peau à la naissance est neutre ou alcalin (proche de 7), ce qui la rend plus sensible aux infections, puis décroît rapidement dans les 4 premières semaines de vie pour atteindre 5-5,5.

Figure 1 : dermatite irritative érosive de contact des zones convexes en «W».

**Définition de l'érythème fessier**

L'érythème fessier est un symptôme très fréquent chez le nouveau-né et le nourrisson. Dans la majorité des cas, ce terme non spécifique désigne les dermatites irritatives touchant les zones convexes du siège en contact direct avec les couches, respectant (en tout cas initialement) les plis. Ces zones dessinent grossièrement un W (« dermatite en W ») (Fig. 1)^[2]. Une forme sévère, devenue rare, est la dermatite papulo-érosive de Sevestre et Jacquet.

Étiologies

L'érythème fessier résulte de l'interaction de plusieurs facteurs liés au port de couches :

- effet occlusif qui favorise l'hyperhydratation et la macération de la couche cornée, altérant ainsi sa fonction barrière et rendant la peau plus vulnérable aux autres facteurs d'agression ;
- frottements de la peau contre la couche ;
- exposition aux urines qui aggrave l'humidité et modifie le pH cutané (l'urée contenue dans l'urine est transformée en ammoniacque par les uréases fécales) ;
- exposition aux fèces contenant entre autres sels biliaires, protéases et lipases dont l'activité, optimisée par l'augmentation du pH, va augmenter la perméabilité cutanée ;
- prolifération de micro-organismes dans cet environnement chaud et humide maintenu par les couches ;
- application de produits irritants.

Diagnostiques différentiels

– Autres dermatites de contact :

- les allergies de contact par les topiques ou les lingettes survenant de façon isolée ou compliquant une dermatite irritative ;
- l'intertrigo simple ou « dermatite en Y » (atteinte des plis inguinaux et interfessier), favorisé par la macération et les frictions au fond des plis (Fig. 2) ;

: la dermatose la plus fréquente chez l'enfant

- le granulome glutéal infantile, forme nodulaire rare de dermatite irritative dans laquelle les dermocorticoïdes fluorés ont été incriminés.

– Dermatoses infectieuses :

- intertrigo candidosique, souvent non isolé, survenant sur une dermatite d'irritation. Il existe alors une collerette pustuleuse émettée ;
- infections bactériennes: intertrigo et anite streptococcique (Fig. 3), impetigo croûteux ou bulleux staphylococcique, abcès le plus souvent péri-anaux (Fig. 4) pouvant être secondaires à des folliculites staphylococciques ;
- infections virales : HPV, *molluscums contagiosums* (Fig. 5), varicelle, herpès ;
- gale avec atteinte fréquente des organes génitaux ;
- syphilis congénitale.

– Dermatoses inflammatoires : beaucoup ont une prédisposition pour le siège du fait de l'occlusion et d'un phénomène de Koebner :

- la dermatite séborrhéique infantile est faite de squames grasses jaunâtres sur fond d'érythème, et peut s'étendre vers l'abdomen, le thorax, les grands plis et le cuir chevelu ;
- le psoriasis (« des langes ») prend dans les plis un aspect de dermatite érythémateuse vernissée non suintante à limites nettes (Fig. 6) ;
- la dermatite atopique épargne en général le siège (humidité) ;
- la maladie de Kawasaki, dont l'éruption s'accroît dans le siège avec une importante desquamation fine ;
- la maladie de Crohn.

– Dermatoses prolifératives : histiocytose langerhansienne (papules croûteuses purpuriques).

– Dermatoses métaboliques : acrodermatite périorificielle par carence en zinc, autres carences (AGE, biotine...), fibrose cystique...

Conclusion

La dermatite irritative du siège est une affection multifactorielle très fréquente chez le nouveau-né et le nourrisson, dont le *primum movens* est l'occlusion et la macération sous les couches. En l'absence d'amélioration malgré des soins adaptés, il faut savoir suspecter des causes plus rares, parfois intriquées, d'érythème fessier.



Figure 2 : intertrigo ou « dermatite en Y » chez un nourrisson présentant une dermatite atopique.



Figure 3 : anite streptococcique.



Figure 4 : érythème fessier avec abcès de la marge anale.



Figure 5 : intertrigo interfessier secondaire à des molluscums contagiosums (petites papules translucides ombiliquées).



Figure 6 : psoriasis des langes. Noter les lésions bien limitées à distance et l'omphalite.

Témoignage d'une mère, puéricultrice de crèche, sur le passage des couches lavables aux couches jetables

Vous avez vécu l'arrivée des couches jetables qui sont venues remplacer les couches lavables. Quelles ont été vos motivations pour changer ?

Finie le « décrochage » préalable au lavage et son côté dégradant pour les auxiliaires de puériculture et jardinières d'enfants. Finies aussi les innombrables machines, la désinfection à la javel auxquelles les mères de famille et les professionnels des crèches devaient faire face plusieurs fois par jour et pendant des années.

Jusqu'aux années 1970, seuls existaient des langes carrés blancs en coton, les « tétras » qu'il fallait plier et placer dans une pointe plastique ou une culotte à pression.

L'arrivée des bandes jetables, puis des changes complets (1978 – 1980), a changé ma vie de mère et de professionnelle de crèche : gain de temps et praticité (langage plus rapide, temps de lavage du linge raccourci), confort pour l'enfant, fin de la stigmatisation en crèches, des enfants « au caca sale », souvent changés avec réticences et réflexions désobligeantes, que ceux qui avaient des selles dures. C'est l'avènement des couches jetables, qui a mis fin aux interminables « séances de pot », souvent commencées chez de trop jeunes enfants (« Babyrelax percés avec un pot » dans lesquels certains enfants prenaient même leurs repas). En crèche, j'ai noté que les couches jetables détendaient la pression qui pouvait être mise sur les enfants à qui il était demandé de se dépêcher de faire leurs besoins et qui pouvait être facteur de blocage du fait que l'enfant « se retenait de faire ».

Quels avantages les mères ont-elles observés et appréciés ?

En ce qui me concerne je n'ai ni hésité, ni regretté, d'avoir choisi les couches jetables. J'ai vécu ces changements comme une libération, la possibilité d'avoir un contact plus agréable avec mes enfants, de libérer du temps pour une relation plus intime. La mise sur le marché des couches jetables, a correspondu à l'émergence des nouveaux concepts défendus entre autre par Winnicott et Françoise Dolto du bébé « petit être de relation et de contact » et pas seulement « tube digestif ». Cela a offert aux mères la possibilité de mieux répondre aux besoins de leurs enfants. D'un point de vue pratique, les couches jetables ont permis de diminuer le rythme des machines, l'utilisation de lessive. Mais ce progrès technologique nécessite un certain budget, qui peut apparaître comme élevé, le budget couches qui symbolise l'arrivée du nouveau-né n'étant pas considéré comme un achat plaisir.

➤ **Madame Liliane MATA**

Puéricultrice,
Coordinatrice de la Ville de Paris
Conflit d'intérêt : aucun.

Quels bénéfices avez-vous constaté pour Bébés ?

Les premières couches jetables étaient plus souvent changées que les lavables car plus facilement manipulables et évitant le contact désagréable des selles sur les mains. Plus absorbantes, elles réduisent le temps de macération des bébés dans leurs urines, donc les irritations, rougeurs, démangeaisons. Elles ont participé à la diminution de la fréquence des diarrhées du nourrisson (voire des épidémies de gastro-entérites si fréquentes en crèches, d'autant que les personnels assurant les changes ne respectaient pas toujours, faute de temps, les règles d'hygiène des mains).

Les réactions cutanées qui pouvaient s'observer avec les toutes premières générations de couches jetables, pas encore très efficaces dans la rétention de l'humidité, ont diminué du fait des progrès réalisés au niveau des matériaux utilisés dans la confection des couches, pour preuve la diminution de consommation de « cotocouches ». Par ailleurs l'amélioration très nette de cette capacité à retenir l'urine loin de la peau du siège et leur grande facilité d'utilisation, tendent à les rendre responsable de ralentir l'éducation parentale au contrôle des sphincters et à la propreté des enfants.

De plus en plus adaptées sur le plan ergonomique, épousant l'anatomie des fesses du bébé en fonction de son âge et du fait de la meilleure qualité des textures, les couches jetables ont permis d'améliorer le confort des bébés. Moins épaisses, elles entravent moins les mouvements, le « gigotage » puis la marche.

Le retour aux couches lavables est-il possible, voire demandé ?

Les demandes étaient rares avant les années 2000, et sont en augmentation. Elles s'observent souvent chez des parents jeunes, « écolos », qui veulent lutter contre l'augmentation de la quantité de déchets.

De 6 puis 3 couches par jour et par enfant pendant en moyenne deux ans et demi sont en effet nécessaires jusqu'à ce que l'enfant soit propre. A l'inverse, c'est oublier que les couches lavables nécessitent d'utiliser de la lessive, de l'eau et de l'énergie, ce qui a également un impact sur l'environnement.

Les propos tenus par Mme Mata n'engagent en rien la Ville de Paris, sa démarche de santé dans les lieux d'accueil du jeune enfant et sa politique en termes de choix de couches culottes dans les structures d'accueil de jeunes enfants.

De l'importance de l'hygiène du siège chez le nouveau-né. Bien-être, confort et prévention de l'érythème fessier.

➤ **Madame Sophie MOREEL**
Infirmière Puéricultrice,
Hôpital Antoine Bécélère, Clamart
Conflit d'intérêt : aucun.

L'hygiène du siège d'un nourrisson repose sur la bonne application d'un protocole en 2 étapes : **nettoyage minutieux du siège et choix d'une couche bien absorbante.**

La première étape est clé pour maintenir une peau en bonne santé, puisqu'à chaque émission de selles ou d'urine, le pH de la peau est modifié. Il convient donc lors de chaque change d'assurer un nettoyage respectueux de la peau, en préservant le pH physiologique, tout en évitant les abrasions liées à des passages trop fréquents ou des frictions.

Une fois la toilette effectuée, le choix de la couche entre en jeu, puisqu'elle doit pouvoir maintenir la peau du bébé au sec entre deux changes en absorbant plusieurs mictions et en étant bien adaptée à sa morphologie pour éviter les fuites.

Règles de base

- **Sécurité** : Il est primordial que la sécurité de l'enfant soit assurée pendant le change en ne le laissant jamais seul, ne serait-ce qu'un instant. Conserver toujours une main sur lui pour éviter toute chute est en outre préconisé.
- **Hygiène** : Il faut également ancrer la notion d'hygiène au quotidien : les professionnels de santé et les parents doivent se laver les mains avant et après avoir changé l'enfant. Ce conseil est d'autant plus valable pendant les périodes de gastroentérites.
- **Prévention des irritations** : Il convient de changer la couche rapidement après l'émission de selles. Il est également indispensable de nettoyer le siège même s'il n'y a eu que de l'urine. Pour prévenir les irritations, il est enfin nécessaire de respecter un protocole bien précis de lavage, rinçage, séchage et pose du change propre.

Quels produits utiliser ?

- **Gant et eau** : Traditionnellement sont recommandés l'association gant, savon doux et eau.
 - Le gant doit être doux pour éviter toute abrasion, dédié à chaque enfant pour éviter les contaminations, bien rincé, et enfin lavé à 60°C après le change pour éliminer les souillures.
 - Les savons comme le savon de Marseille ayant un pH très basique, ils sont desséchants pour la peau. C'est pour cela que les produits ont évolué et on parle maintenant de savons neutres adaptés. L'utilisation d'un savon nécessite un rinçage très soigné de toutes les parties du siège, en particulier des plis, afin de ne pas laisser de résidus. Cependant, devant les contraintes d'utilisation de ce mode de nettoyage (hygiène du gant, sécurité liée parfois à la distance du point d'eau, stock important, épaisseur, etc.) d'autres produits spécifiques et adaptés ont été développés comme les carrés de coton, les lingettes.
- **Carrés de coton et compresses** : Leur utilisation permet d'assurer une meilleure hygiène. Ils sont en effet changés à chaque passage et ne nécessitent pas d'entretien puisqu'ils sont jetés après chaque utilisation. Il est nécessaire de bien faire attention à leur qualité pour éviter que des peluches ne subsistent dans les plis après le change.
- **Les lingettes** : Très pratiques par leur sécurité d'emploi chez le nourrisson (pas de manipulations de flacons, surdosage, etc.) et prêtes à l'emploi (lotion nettoyante intégrée), il est fortement conseillé de choisir des lingettes sans parfum^[3], avec une excellente tolérance et un pH physiologique. Il semble que les enfants souffrant d'APLV aient une peau plus fragile et de possibles réactions allergiques à certains composants de lingettes et/ou de couche^[4]. Enfin, d'après une étude réalisée uniquement aux Etats-Unis l'utilisation de lingettes peut être envisagée chez le prématuré et le nouveau-né^[5].
- **Précaution d'emploi d'autres produits de nettoyage** :
 - les lotions nettoyantes parfumées^[3] sans rinçage, potentiellement allergisantes, qui n'ont pas d'utilité sinon d'être parfumées.
 - les liniments oléo-calcaires, composés d'huile d'olive et d'eau de chaux dont le pH est élevé (proche de 9). L'Afssaps recommande de ne pas réaliser le liniment « à la maison » suite à l'observation de cas de brûlures cutanées^[6]. Leur utilisation est par ailleurs controversée chez les professionnels soit pour leur potentiel allergisant (présence possibles d'huiles essentielles), soit pour des problèmes de contamination bactérienne.

Références bibliographiques

1. Hoeger Peter H. « Physiology of Neonatal Skin ». In *Textbook of Pediatric Dermatology*, 2nd Ed vol. I 2006. Harper, Orange, Prose Editors, Blackwell Publishing, p.42-47.
2. Larregue M, Gallet P, Rat JP. Dermite du siège en V chez le nourrisson. *Dermatologica* 1975;151:104-12.
3. Fields KS, Nelson T, Powell D. Contact dermatitis caused by baby wipes. *J Am Acad Dermatol* 2006;54(5 Suppl):S230-2.
4. Gonzalez Rodriguez MP, Gonzalez Hernandez A, Martin Munoz MF. Reaccion urticarial generalizada tras la utilizacion de toallitas limpiadoras. *An Pediatr (Barc)* 2008;68:198-9.
5. Munson KA, Bare DE, Hoath SB, Visscher MO. A survey of skin care practices for premature low birth weight infants. *Neonatal Netw* 1999;18:25-31.
6. Bulletin de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. *Vigilances* n° 52, Décembre 2010.

Soins du siège : en pratique, quels sont les gestes à faire ?

► Etape 1 : Préparation

- Disposer tout le matériel nécessaire à portée de main puis se laver les mains,
- Installer l'enfant sur le dos et ne plus le laisser seul pendant toute la durée du change,

► Etape 2 : Nettoyage

Les fesses du bébé doivent toujours être nettoyées de haut en bas, du sillon interfessier vers l'anus, **du plus propre au plus sale**, pour éviter de ramener les matières fécales vers le méat urinaire. En pratique, voici les étapes clés :

- Commencer par défaire la couche sale,
- Enlever le gros des selles avec la couche usagée,
- Mettre hors de portée de l'enfant la couche sale ou la replier sous ses fesses,
- Nettoyer minutieusement d'abord le bas de l'abdomen et le bas du dos si nécessaire, puis les cuisses, les plis de l'aîne, les organes génitaux pour finir par le siège,
- Chez les filles il faut toujours effectuer le nettoyage depuis le méat urinaire vers l'anus en insistant sur les plis externes de chaque lèvre.
- Chez les garçons, on commence par l'extrémité de la verge et on nettoie les bourses en les soulevant et en insistant dans tous les plis.

► Etape 3 : Toujours nettoyer avec une surface propre

Afin de ne pas remettre des souillures sur des parties déjà propres, il ne faut faire qu'un passage avec le support utilisé : nettoyer le gant sur place, changer de carré de coton ou de compresse, replier la lingette sur elle-même.

► Etape 4 : En cas de selles liquides ou en grande quantité

Si le siège de l'enfant est trop sale, un bain est une alternative indispensable pour assurer un nettoyage efficace. Pour éviter que l'enfant ne glisse des mains de son parent lors du « savonnage », il est préférable de savonner l'enfant sur la table à langer dans la mesure où le plan à langer et la zone de rinçage dans une eau à 37°C sont proches. Pour bien maintenir le nouveau-né dans la baignoire, il est recommandé de le tenir sur l'avant-bras avec une main dans son dos et en maintenant son bras entre le pouce et l'index ; l'autre main restant ainsi libre pour nettoyer et rincer l'enfant.

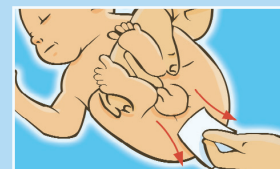
► Etape 5 : Rinçage et séchage

Rincer abondamment pour éliminer les résidus de savon en insistant sur les plis et essuyer en tapotant légèrement **sans frotter**. Vérifier que le carré de coton n'ait pas laissé des fibres dans les plis. Enfin, laisser sécher à l'air libre quelques instants avant de remettre un change propre.

Pour les Filles



Pour les garçons



Que faire en cas de rougeurs du siège ?

Rougeurs et petits boutons peuvent être le signe d'un érythème fessier. La prévention repose sur des soins de siège réguliers et appropriés, l'utilisation de couches non allergisantes adaptées à la morphologie de l'enfant.

Il convient de tout faire pour que le siège du bébé soit bien sec. Une attention particulière sera donc apportée à la toilette (lavage, rinçage abondant, séchage parfait). Si les fesses de bébé sont irritées, il est impératif de bien les sécher, en tamponnant légèrement au moyen d'une fine serviette en coton et en insistant dans les plis. Laisser parfois l'enfant les fesses à l'air est également une bonne solution.

Dans tous les cas, le nouveau-né sera changé fréquemment, une cotocouche sur prescription pouvant être intercalée entre la couche et la peau du bébé, pour renforcer l'absorption si nécessaire.

Avec la recommandation du pédiatre ou du médecin traitant des crèmes protectrices seront utilisées quand le siège sera irrité, les plus adaptées étant les pâtes à l'eau standard, les pâtes à l'huile étant moins conseillées.

Par ailleurs, l'éosine n'est pas recommandée en première intention. Les colorants peuvent en effet masquer une éventuelle mycose. Si elle doit être néanmoins utilisée, il convient d'utiliser des unidoses stériles.

Si les lésions s'aggravent, la consultation du pédiatre est indispensable.

La publication de ce contenu est effectuée sous la seule responsabilité de l'éditeur et du Comité de Rédaction de la Revue. Ce document est diffusé en tant que service d'information aux professionnels de santé grâce au soutien institutionnel de Pampers.

Le sponsor n'est pas intervenu dans le choix des auteurs et la rédaction des contenus.

Pour réaliser votre « Focus », contactez Benoît Sibaud au 01 71 16 51 37 ou b.sibaud@elsevier.com

© Elsevier Masson SAS. Dépôt légal : 2011. Crédits photographiques : Fotolia.