



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

 www.em-consulte.com



CLINIQUE

Érythème toxique du nouveau-né

Erythema toxicum neonatorum

P. Plantin,
 et la Société française de dermatopédiatrie

Service de dermatologie, hôpital Laënnec, BP 1757, 29107 Quimper cedex, France

Reçu le 5 décembre 2008 ; accepté le 22 février 2009

Disponible sur Internet le 24 juillet 2009

L'érythème toxique est la dermatose transitoire la plus fréquente du nouveau-né ; il est observé chez plus d'un nouveau-né sur deux et son évolution est constamment bénigne. Sa pathogénie n'est toujours pas élucidée et il pose parfois un problème diagnostique dans des formes atypiques.

Physiopathogénie

Le terme d'érythème toxique (ET) vient peut-être du fait qu'au début du 20^e siècle certains pensaient qu'il pouvait s'agir d'une éruption liée à l'élimination de « toxines » en rapport avec la grossesse et transmises de la mère à l'enfant [1]. Le temps a passé et l'on n'a toujours pas d'explication satisfaisante permettant de comprendre cette dermatose transitoire du nouveau-né. Plusieurs mécanismes ont été avancés sans qu'aucun d'entre eux n'ait été confirmé [2] : la théorie allergique repose sur la présence d'éosinophiles au sein des pustules et sur l'existence inconstante d'une éosinophilie sanguine lors de l'ET, mais il est établi qu'au cours de la réponse inflammatoire, le pourcentage d'éosinophiles est élevé autour de 20% entre le deuxième et le 21^e jour de vie en dehors de tout processus immuno-allergique. La théorie d'une réaction du greffon contre l'hôte repose sur la présence de cellules immunocompétentes viables d'origine maternelle chez le nouveau-né et celles-ci pour-

raient induire une réaction de ce type sur un organisme physiologiquement immunodéprimé. Une explication plus récente fait intervenir les peptides antimicrobiens présents sur la peau du nouveau-né dès les premiers jours de vie qui seraient d'autant plus sollicités que le travail aurait été long et le contact avec la flore vaginale prolongé, ces peptides induiraient la réaction inflammatoire responsable de l'ET dont témoignerait l'élévation de la température cutanée au cours de l'ET [3]. Des études immunohistochimiques ont été conduites chez des nouveau-nés présentant un ET, ont montré la présence de marqueurs d'inflammation plus nombreux sur la peau des ET que sur la peau de nouveau-nés n'en présentant pas ; les marqueurs utilisés concernaient les cellules dendritiques mais aussi les éosinophiles et les neutrophiles. Ces travaux vont également dans le sens d'une réaction inflammatoire cutanée dont le *primus movens* n'est pas encore identifié [4].

Clinique

L'ET survient entre la 24^e et la 72^e heure de vie mais les formes congénitales ou tardives (jusqu'à la troisième semaine de vie) ne sont pas exceptionnelles. Il se manifeste par un érythème plus ou moins diffus (Fig. 1) qui peut devenir pustuleux, les pustules épaisses et jaunâtres étant facilement identifiables. L'ensemble du revêtement cutané peut être touché à l'exception du cuir chevelu, des paumes et des plantes. La régression des lésions est rapide, de l'ordre de quelques jours avec persistance parfois de

Adresse e-mail : p.plantin@ch-cornouaille.fr.



Figure 1. Érythème toxique typique à j2.



Figure 2. Érythème toxique limité à la face.

croûtelles en lieu et place des pustules. Les lésions peuvent être localisées (Fig. 2 et 3) ou diffuses à l'ensemble du corps. Aucun traitement n'est justifié dans ce contexte de dermatose spontanément et rapidement auto-involutive.



Figure 3. Érythème toxique à grosses pustules du scrotum.



Figure 4. Candidose cutanée congénitale.

Formes cliniques

Une forme clinique est importante à connaître car elle est parfois déroutante ; il s'agit des formes s'accompagnant de pustules de grande taille qui posent parfois des problèmes diagnostiques avec des pustuloses d'étiologie infectieuse comme la primo-infection herpétique [5], surtout dans des formes du siège. La pustulose mélanique transitoire est caractérisée, chez des nouveau-nés noirs, par l'existence de pustules fugaces et de taches pigmentées de petite taille siégeant sur l'ensemble du tégument et pouvant être confondues avec des éphélides. Ces taches pigmentées persistent quelques semaines puis disparaissent. Décrite en 1976, elle est actuellement considérée comme une forme clinique d'ET sur peau noire [6] qui concerne 0,2 à 4 % des nouveau-nés.

Diagnostic différentiel

Le caractère fugace de l'ET est tel qu'il y a peu de diagnostics différentiels que l'on puisse évoquer durablement. Devant des ET caractérisés par de grosses pustules (c'est fréquemment le cas sur le siège) l'hypothèse infectieuse (herpès en particulier) est facilement écartée par la mise en évidence du virus (PCR) tandis que le frottis, s'il est pratiqué, montre la présence d'un infiltrat riche en éosinophiles au cours de l'ET (coloration de May-Grünwald). L'exceptionnelle candidose cutanée congénitale (Fig. 4) peut, par sa survenue dès les premières heures de vie, parfois poser un problème mais l'évolution, la mise en évidence de pseudo-filaments sur les frottis de pustules et le contexte de candidose génitale chez la mère permettent de redresser le plus souvent le diagnostic. D'autres diagnostics différentiels sont fréquemment cités mais ils demeurent très théoriques : les pustuloses à éosinophiles du nourrisson débutent souvent plus tardivement et siègent préférentiellement au cuir chevelu et aux extrémités (acropustulose). L'*incontinentia pigmenti* peut s'accompagner de lésions pustuleuses au premier stade de l'atteinte cutanée mais elles ne sont pas profuses et elles ont une disposition linéaire suivant les lignes de

Tableau 1 Autres éruptions néonatales à composante pustuleuse.

Dermatoses inflammatoires

Acné néonatale
Miliaire pustuleuse
Histiocytose langerhansienne

Dermatoses infectieuses

Bactériennes
Staphylocoque doré (impétigo staphylococcique néonatal)
Listeria monocytogenes
Streptocoque
Pseudomonas
Haemophilus influenzae

Virales

Varicelle
CMV

Fongiques

Malassezia

Parasitaire

Sarcopte

Blaschko. Enfin, d'autres pathologies, exceptionnelles dans les premières semaines de vie, peuvent s'accompagner de lésions pustuleuses cutanées et de manifestations systémiques parfois sévères (Tableau 1). L'histologie d'une lésion, si elle est pratiquée mais l'indication d'un tel examen dans ce contexte est très contestable, permet de mettre en évidence une pustule sous-cornée riche en éosinophiles [7].

Conclusion

Malgré sa bénignité et son évolution rapide, l'ET est source de nombres de questions ou d'interprétations hasardeuses aussi bien de la part des parents [8] que du personnel soignant qui incriminent tour à tour la lessive, le lait ou d'autres facteurs environnementaux. Cette dermatose, que l'on peut qualifier de « transitionnelle », reste une énigme quant à sa physiopathologie.

Références

- [1] Finlay HVL, Bound JP. Urticaria neonatorum (erythema toxicum neonatorum). Arch Dis Child 1953;141:404–8.
- [2] Boralevi F. Erythema toxicum neonatorum: still a problem in 2005. Dermatology 2005;210:257–8.
- [3] Marchini G, Nelson A, Edner J, Lonne-Rahm S, Stavreus-Evers A, Hultenby K. Erythema toxicum neonatorum is an innate response to commensal microbes penetrated into the skin of the newborn infant. Pediatr Res 2005;58:613–6.
- [4] Marchini G, Ulfgren A-K, Loré K, Stabi B, Berggren V, Lonne-Rahm S. Erythema toxicum neonatorum: an immunohistochemical analysis. Pediatr Dermatol 2001;18:177–87.
- [5] Schoenlaub P, Plantin P, Dupré D, Queinnec C, Broussine I. Érythème toxique néonatal : à propos de trois cas atypiques. Arch Pediatr 1999;6:533–5.
- [6] Mallory SB. Neonatal skin disorders. Pediatr Clin North Am 1991;38:745–61.
- [7] Berg FJ, Solomon LM. Erythema neonatorum toxicum. Arch Dis Child 1987;62:327–8.
- [8] André N, Melly L, Menaud G. Tout ce que les mères ont voulu savoir sur la peau de leur nouveau-né. Arch Pediatr 1998;5:578–9.



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



RÉPONSES AU PRÉ-TEST

Érythème toxique du nouveau-né

Erythema toxicum neonatorum

RÉPONSES

Plantin P et la Société française de dermatopédiatrie. Érythème toxique du nouveau-né. Annales de Dermatologie et de Vénéréologie (2009), doi:10.1016/j.annder.2009.02.009.

Réponse 1. b

Faux: il est observé habituellement vers j2 mais les formes congénitales ou tardives jusqu'à la quatrième semaine ont été décrites.

Réponse 2. b

Faux: la présence d'éosinophiles au sein des pustules a fait discuter le caractère « immuno-allergique » de l'érythème toxique mais la proportion d'éosinophiles au sein des pustules est non spécifique à cette époque de la vie.

Réponse 3. a

Vrai: il semble raisonnable de le considérer comme une forme clinique d'érythème toxique observé sur peau noire.

Le pré-test, publié dans ce numéro, est également accessible à l'adresse suivante: doi:10.1016/j.annder.2009.06.025.

P. Plantin, et la Société française de dermatopédiatrie
Service de dermatologie, hôpital Laënnec,
BP 1757, 29107 Quimper cedex, France

Adresse e-mail : p.plantin@ch-cornouaille.fr

Disponible sur Internet le 25 juillet 2009

DOIs de l'article original: 10.1016/j.annder.2009.02.009,
10.1016/j.annder.2009.06.025.

0151-9638/\$ — see front matter © 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
doi:10.1016/j.annder.2009.06.026