



Disponible en ligne sur [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)



## CLINIQUE

# Acné du nouveau-né et du nourrisson

Acne in the newborn and infants

**P. Plantin, et la Société Française de Dermatologie Pédiatrique**

*Service de dermatologie, CHIC, hôpital Laënnec, B.P. 1957, 29107 Quimper cedex, France*

Reçu le 11 octobre 2007 ; accepté le 13 mars 2008

Disponible sur Internet le 23 mai 2008

On individualise habituellement deux formes d'acnés néonatales : l'acné néonatale qui concerne l'enfant dans les premiers mois de vie et l'acné infantile touchant le petit enfant au-delà de quelques mois de vie. La distinction sémiologique et chronologique entre l'une et l'autre est probablement artificielle, mais la présentation clinique de ces acnés diffère par la sévérité plus marquée des formes tardives.

## Physiopathogénie des acnés du petit enfant

Dans de rares observations, un hyperandrogénisme maternel (syndrome des ovaires polykystiques [1]) a été signalé au cours de l'acné neonatorum. Dans la plupart des cas publiés, les statuts hormonaux des parents et des enfants sont normaux. Ces acnés pourraient être liées à l'activité androgénique physiologique de la zone réticulée surrénalienne qui est très développée chez l'enfant jusqu'à un an, mais aussi au rôle de la stimulation hypophysaire, secondaire au sevrage en hormones maternelles, pouvant induire une sécrétion d'androgènes surrénaliens et gonadiques. La prédominance masculine pourrait s'expliquer par le rôle aggravant des androgènes testiculaires [2]. Les données concernant le rôle prédictif de l'acné néonatale sur la survenue ultérieure d'une acné juvénile ne sont pas claires : certaines études semblent accréditer la fréquence plus

grande d'acné pubertaire après acné néonatale, mais il s'agit souvent d'études portant sur de faibles effectifs [3].

## Acné néonatale

Elle concerne le nouveau-né dans les premiers mois de vie et elle est caractérisée par l'existence de lésions pustuleuses et de comédons fermés (microkystes) siégeant sur le visage (front, joues et menton). Mais on observe peu de comédons ouverts. La fréquence de cette forme d'acné néonatale est probablement rare, si l'on ne prend en compte que les formes diffuses [4]. On peut évoquer chez ces enfants d'autres diagnostics, comme une miliaire sudorale (Fig. 1), mais il s'agit alors d'une éruption vésiculeuse faciale très transitoire, ou un érythème toxique dont le caractère fugace est très marqué. Les liens entre acné néonatale et pustulose céphalique transitoire (PCT) (Fig. 2) du nouveau-né sont plus complexes : la PCT telle que décrite par Aractingi et al. en 1991 [5] touche le nouveau-né entre trois et six semaines de vie et se manifeste par une pustulose parfois profuse du visage, du cuir chevelu et de la nuque qui guérit spontanément ou avec l'aide d'un traitement topique imidazolé ou cortisoné. Des travaux récents [6] semblent montrer que la pustulose néonatale transitoire est fortement liée à la présence sur la peau de *Malassezia furfur* et plus particulièrement de *Malassezia sympodialis*. L'aspect observé ne diffère guère de l'acné néonatale et il est probable que beaucoup d'éruptions pustuleuses faciales dans les premières semaines de vie correspondent à cette entité et non à l'acné neonatorum qui est probablement rare (22 cas

Adresse e-mail : [p.plantin@ch-cornouaille.fr](mailto:p.plantin@ch-cornouaille.fr).



Figure 1. Miliaire cristalline du front.



Figure 2. Pustulose céphalique transitoire du visage.

répertoriés sur trois ans dans un service de dermatologie universitaire [7]). Les grains de milium observés fréquemment en période néonatale sont considérés comme un équivalent mineur d'acné néonatale, mais ils peuvent aussi témoigner d'une génodermatose. Les possibilités thérapeutiques sont réduites au cours de l'acné neonatorum et la nécessité de traiter est contestable, car l'évolution de l'acné neonatorum est le plus souvent favorable, le recours au peroxyde de benzoyle ou aux dérivés de la vitamine acide dilués dans un excipient non alcoolique est parfois proposé, mais l'intérêt réel de ces traitements souvent irritants est discutable dans une pathologie d'évolution bénigne.

## Acné infantile

Bien que la distinction entre acné neonatorum et acné infantum soit assez ténue, il convient sans doute d'individualiser cette forme rare d'acné qu'on observe chez des enfants non pubères (Fig. 3). Cunliffe et al. rapportaient, en 2001, 29 cas d'acné infantum observés sur une période de 25 ans [8]. L'âge moyen de survenue était de neuf mois, l'atteinte des joues était la plus fréquente et les lésions observées étaient le plus souvent inflammatoires, moins souvent comédoniennes et rarement nodulokystiques. Aucun de ces enfants n'avait de signe d'hyperandrogénie ou n'avait reçu de



Figure 3. Acné infantum chez un petit garçon de deux ans et demi.



Figure 4. Pyodermite faciale froide.

traitement favorisant l'apparition d'une acné iatrogène. Lorsque les lésions étaient peu importantes, le recours aux dérivés topiques de la vitamine A, au peroxyde de benzoyle ou à l'érythromycine topique était suffisant. Les 18 enfants qui avaient une forme modérée ont été traités par érythromycine (125 mg  $\times$  2/j) ou par cotrimoxazole en cas de résistance à l'érythromycine, l'utilisation des cyclines étant interdite à cet âge (risque de coloration dentaire définitive). Quatre enfants n'ayant pas répondu au traitement antibiotique ont été traités par isotrétinoïne à la dose de 0,5 mg/kg. La durée du traitement (quel qu'il soit) était variable allant de quelques mois à plusieurs années. La survenue de cicatrices définitives a été notée chez cinq enfants. Cette forme d'acné prépubère est donc plus sévère et d'évolution souvent prolongée. L'acné infantum prête peu à discuter d'autres diagnostics : les halogénides sont exceptionnelles à cet âge, le tableau de pyodermite froide faciale (Fig. 4) correspond souvent à une lésion unique peu inflammatoire d'évolution torpide siégeant le plus souvent sur la joue et involuant en quelques mois [9], le lien entre pyodermite froide faciale et rosacée infantile a été récemment suggéré. Exceptionnellement, dans l'enfance, des lésions acnéiformes peuvent être observées dans un contexte d'hyperandrogénie qu'elle soit en rapport avec un syndrome des ovaires polymicrokystiques, un syndrome de Cushing ou une tumeur virilisante. L'acné est alors associée à d'autres signes, comme un hirsutisme, une alopecie, des

troubles menstruels ou des signes de virilisation : rauçité de la voix, hypertrophie clitoridienne et/ou musculaire chez la fille [10]. Chez le garçon l'hyperandrogénie se traduit avant tout par une puberté précoce.

## Conclusion

L'acné dans la période néonatale pose peu de problèmes diagnostiques et ne doit pas conduire à des bilans inutiles. Son traitement est lui plus délicat, l'abstention se justifie bien souvent et le recours à des traitements topiques ou systémiques, à l'instar de ce qui se fait chez l'adolescent ou chez l'adulte, est parfois nécessaire dans les formes tardives.

## Références

- [1] Bekaert C, Song M, Delvigne A. Acne neonatorum and familial hyperandrogenism. *Dermatology* 1998;196:453–4.
- [2] Jansen T, Burgdorf WHC, Plewig G. Pathogenesis and treatment of acne in childhood. *Pediatr Dermatol* 1997;14:17–21.
- [3] Chew EW, Bingham A, Burrows D. Incidence of acne vulgaris in patients with infantile acne. *Clin Exp Dermatol* 1990;15:376–7.
- [4] Bonifazi E. Pustular eruptions in the neonate. *Eur J Pediatr Dermatol* 1997;7:305–20.
- [5] Aractingi S, Cadranet S, Reygagne P, Wallach D. Pustulose néonatale induite par *Malassezia furfur*. *Ann Dermatol Venerol* 1991;118:856–8.
- [6] Bernier V, Weill FX, Hirigoyen V, Elleua C, Feyler A, Labreze C, et al. Skin colonization by *Malassezia* species in neonates. A prospective study and relationship with neonatal cephalic pustulosis. *Arch Dermatol* 2002;138:215–8.
- [7] Katsambas AA, Katoulis AC, Stravopoulos P. Acne neonatorum: a study of 22 cases. *Int J Dermatol* 1999;38:128–30.
- [8] Cunliffe W, Baron S, Coulson IH. A clinical and therapeutic study of 29 patients with infantile acne. *Br J Dermatol* 2001;145:463–6.
- [9] Boralevi F, Léauté-Labrèze C, Lepreux S, Barbarot S, Mazereeuw-Hautier J, Eschard C, et al. Idiopathic facial aseptic granuloma : a multicentre prospective study of 30 cases. *Br J Dermatol* 2007;156:705–8.
- [10] Richard C, Jonard S, Dewailly D. Hyperandrogénie chez l'adolescente. EMC (Elsevier SAS, Paris). *Gynécologie* 2006; 802-A-36.