

**RECONNAITRE SUR LA PEAU DES SIGNES DE MALTRAITANCE
INFANTILE**

G.E. Piérard (1)

(1) Chargé de cours, Université de Liège, Service de Dermatopathologie

**Les demandes de tirés à part doivent être adressées au
Prof. G.E. Piérard, service de Dermatopathologie,
CHU du Sart Tilman, B-4000 Liège.**

Résumé

Les signes cutanés des sévices exercés sur des enfants sont nombreux et variés. Leur identification précoce est importante et doit être prise en compte, mais il faut veiller à ne pas les confondre avec les manifestations d'une pathomimie ou de certaines pathologies à expression cutanée. Un examen clinique de l'ensemble du corps, une anamnèse bien conduite et la confrontation de la nature et de la survenue déclarée des lésions avec le développement psychomoteur de l'enfant permettent souvent de distinguer les sévices corporels de diverses pathologies spontanées, iatrogènes ou accidentelles.

La reconnaissance précoce des lésions compatibles avec des sévices infligés aux enfants est un des rôles importants attribués au médecin de famille. Cependant, certains signes de diverses pathologies, en particulier cutanées, peuvent ressembler aux stigmates de sévices. Il convient donc de faire la juste distinction entre ces deux situations auxquelles il faut ajouter les traumatismes obstétricaux et certaines pathomimies (Fig. 1, 2, 3). Cette revue ne concerne que les signes dermatologiques de maltraitance infantile et leur diagnostic différentiel.

Aucune classe socio-économique de la population n'est épargnée par le problème de la maltraitance. Cependant les familles culturellement et économiquement défavorisées ont tendance à être le plus souvent concernées. Les antécédents parentaux de sévices peuvent parfois représenter le seul modèle disponible d'éducation d'un enfant. La violence familiale risque de devenir alors une norme. La toxicomanie, l'alcoolisme chronique et certains troubles psycho-affectifs des parents exposent également les enfants à un risque élevé de maltraitance.

Meurtrissures, suffusions sanguines et lacérations

Les traumatismes normaux de l'enfant touchent habituellement la peau de couverture des saillies osseuses comme le front, le menton, le coude, le genou et la partie antérieure de la jambe. A l'inverse, la présence de lésions situées sur les joues, les cuisses, les fesses et sur les zones protégées des orbites, de la muqueuse buccale, du cou, des aisselles, de la face interne des cuisses et des organes génitaux sont des éléments de suspicion de maltraitance. Le degré de développement psychomoteur de l'enfant doit chaque fois être confronté avec la nature des lésions (1).

La forme des meurtrissures cutanées peut aider à l'identification de l'instrument utilisé pour infliger les blessures. Les empreintes des mains dessinent souvent des lignes parallèles de pétéchies ou d'ecchymoses. Les traces de flagellation, de pincement, les coups d'ongle et les morsures ont

souvent des aspects très suggestifs (Fig. 3). Les marques de boucle de ceinture, le double contour d'une corde et l'empreinte purpurique de divers objets sont des signes pathognomoniques de sévices (Fig. 4). Des meurtrissures circonférentielles, accompagnées ou non d'érosions, sont parfois retrouvées aux poignets, aux chevilles ou au cou (Fig. 5). Elles sont consécutives à des manoeuvres brutales d'immobilisation ou de strangulation.

La coloration des lésions contribue à dater le traumatisme et confirme le caractère compatible avec les circonstances de survenue rapportées (2). L'évolution des modifications de couleur suit un décours prévisible de guérison : oedème et érythème (0 à 2 jours), coloration rouge/bleue (0 à 5 jours), coloration vertâtre (5 à 7 jours), jaunâtre (7 à 10 jours), brunâtre (10 à 14 jours), atténuée (2 à 4 semaines). Des mesures colorimétriques ou spectrophotométriques permettent l'objectivation des observations (3, 4).

La mise en évidence d'ecchymoses de colorations différentes montre que les lésions ont été provoquées à des dates différentes, indiquant des épisodes répétés de sévices. Une dyschromie mélanique ou des cicatrices peuvent représenter des traces de traumatismes anciens.

Des lésions purpuriques et ecchymotiques peuvent être retrouvées chez l'enfant en dehors d'un contexte de maltraitance. L'enfant particulièrement turbulent a un risque de s'occasionner ce type de lésions lors de jeux virils ou lors de la pratique de certains sports. Bien que rarement rencontrée, la possibilité d'une fragilité cutanée entrant dans le cadre d'un syndrome d'Ehlers-Danlos doit être évoquée. Les lésions pétéchiales d'un purpura rhumatoïde, d'une méningococcémie ou d'une pathologie de la coagulation ont un aspect et une distribution topographique souvent évocateurs. Une tache mongolique de la région lombaire ne doit pas être confondue avec une ancienne ecchymose. Certaines autres lésions ont un caractère iatrogène en relation avec des remèdes populaires, parfois d'origine culturelle lointaine. La phytothérapie, la

pose de ventouses et de Cia Gao asiatique en sont des exemples bien connus (5, 6). Certaines pathomimies ont un aspect ecchymotique (Fig. 2).

Brûlures

Les brûlures par ébouillement accidentel ne sont pas rares dans l'enfance (Fig. 6). La disposition en nappes aux limites floues est souvent différente des brûlures provoquées (7). Ces dernières ont une topographie évocatrice en gant ou en chaussette lors de l'immersion partielle d'un membre. Une brûlure des fesses et des organes génitaux est la conséquence d'un bain de siège forcé (8). Tant la température de l'eau que la durée d'immersion influencent la sévérité de la brûlure (9).

Les brûlures par contact présentent souvent des formes et des dimensions caractéristiques (1) qui contribuent à identifier l'objet utilisé : cigarette (0,7 cm de diamètre), plat chaud, fer à repasser, couteau, radiateur, anneau etc... (Fig. 7). Dans les érosions d'origine incertaine, une biopsie peut révéler la présence de cendre au niveau des brûlures ou suggérer une autre nature d'un agent causal de type caustique, électrique ou thermique (10).

Certaines pathologies vésiculo-bulleuses ont une présentation clinique évocatrice de brûlures provoquées. Un exanthème viral peut avoir une distribution topographique en gant et en chaussette. Une nécrolyse épidermique toxique, une épidermolyse bulleuse, une phytophotodermatite, un impétigo bulleux et la cicatrice d'une folliculite, d'un furoncle ou de quelques lésions de varicelle sont parfois confondus avec des traces de sévices corporels (Fig. 8, 9).

Sévices sexuels

a) Lésions traumatiques

Près de la moitié des sévices sexuels n'entraînent pas de signes patents, de lésions traumatiques ou d'infections génitales chez l'enfant (11). Les signes les plus évidents sont des ecchymoses et des lacérations à la face interne des cuisses, de la vulve et de l'hymen. De telles lésions ou une hypermélanose

intense périnéale, en particulier en association avec une réduction du tonus sphinctérien doivent soulever la suspicion de sodomie (12). Des ecchymoses du palais peuvent faire suite à une fellation forcée (13).

L'observation du comportement de l'enfant, et de son interaction avec les parents est importante dans la recherche de sévices éventuels. "Assumer la position", c'est-à-dire éprouver une certaine complaisance lors de l'examen des organes génitaux et du rectum est un élément de suspicion de sévices sexuels. La notion de jeux sexuels, inappropriés pour l'âge de l'enfant, peut correspondre à une exposition à des actes sexuels explicites.

b) Maladies sexuellement transmissibles

Il convient de rechercher une maladie sexuellement transmissible (MST) chez l'enfant. Un érythème périurétral et un écoulement vaginal doivent être explorés par un prélèvement bactériologique. La découverte d'une MST de type syphilis, gonorrhée ou chlamydiae est un indice de haute suspicion de sévices sexuels. La présence d'une pédiculose pubienne est moins formelle car une transmission indirecte est possible.

L'infection de la sphère anogénitale par certains papillomavirus humains (HPV) est responsable du développement de verrues anogénitales encore appelées condylomes acuminés. Le rôle d'une transmission sexuelle dans la tranche d'âges des pré-adolescents a fait l'objet de débats considérables et, bien qu'une telle éventualité puisse se voir, son importance pourrait avoir été exagérée, en particulier chez les enfants âgés de moins de 5 ans (14-19). En fait, des verrues anogénitales sont parfois présentes dans les 3 premières années de la vie en dehors de toute agression sexuelle. Les garçons et les filles sont atteints de manière égale. Il paraît vraisemblable que ces verrues anogénitales sont plus souvent la conséquence d'une infection transmise pendant l'accouchement par la mère porteuse de HPV au niveau du tractus génital. De nombreuses infections génitales à HPV sont en fait ignorées et échappent à l'examen clinique des organes génitaux externes. De telles lésions

peuvent être responsables des cas occasionnels dans lesquels une infection anogénitale survient chez le nourrisson en l'absence d'infection génitale avérée chez la mère (20). Il est important de ne pas oublier que la période d'incubation des verrues anogénitales peut être très longue, pouvant probablement atteindre deux ans (21). La transmission d'une infection à HPV d'un site non anogénital à la région anogénitale d'un enfant, de même que la transmission de la région cutanée anogénitale d'un adulte ou d'un autre enfant lors d'activités non sexuelles telles que partager un bain ou utiliser la même serviette de bain sont également possibles (22, 23). C'est la méthode d'hybridation in situ permettant l'identification précise de certains HPV qui est mise en oeuvre pour tenter de démontrer la nature identique du virus chez deux individus (22-24).

Bibliographie

1. Johnson CF.- Inflicted injury versus accidental injury. *Pediatr Clin N Am*, 1990, 37, 791-814.
2. Wilson EF.- Estimation of the age of cutaneous contusions in child abuse. *Pediatrics*, 1977, 60, 750-752.
3. Deleixhe-Mauhin F, Piérard-Franchimont C, Piérard GE.- Introduction au monde de la couleur en médecine. *Rev Med Liège*, 1991, 46, 607-612.
4. Piérard GE.- EEMCO guidance for the assessment of skin colour. *J Eur Acad Dermatol Venereol* (sous presse).
5. David A, Mechnaud F.- A case of Cia-Gao. Possible confusion with abuse. *Arch Fr Pediat*, 1986, 43, 147.
6. Qureshi B.- Multicultural aspects of child abuse in Britain. *J Roy Soc Med*, 1989, 82, 65-66.
7. Stone NH, Rinaldo BS.- Child abuse by burning. *Surg Clin N Am*, 1970, 50, 1419-1424.
8. Kumar P.- Child abuse by thermal injury - a retrospective survey. *Burns*, 1984, 14, 344-348.
9. Purdue GF, Hunt JL.- Child abuse by burning - an index of suspicion. *J Trauma*, 1988, 28, 221-224.
10. Danielsen L, Thomsen HK, Nielsen O, et al.- Electrical and thermal injuries in pig skin evaluated and compared by light and electron microscopy. *J Cutan Pathol* 1977, 4, 217-218.
11. Sarles RM.- Sexual abuse and rape. *Pediatr Rev*, 1982, 4, 93-98.
12. Hobbs CJ, Wynne JM.- The sexually abused battered child. *Arch Dis Child*, 1990, 65, 423-427.
13. Geist RF.- Sexually related trauma. *Emerg Med Clin N Am*, 1988, 6, 439-463.
14. Seidel J, Zonana J, Totten E.- Condylomata acuminata as a sign of sexual abuse in children. *J Pediatr*, 1979, 95, 553-556.
15. Rimsza ME, Niggemann EH.- Medical evaluation of sexually abused children: a review of 311 cases. *Pediatrics*, 1982, 69, 8-14.

16. Bender ME.- New concepts of condyloma acuminata in children. Arch Dermatol, 1986, 122, 1121-1124.
17. Rock B, Naghashfar Z, Barnett N, Buscerna J, et al.- Genital tract papillomavirus infection in children. Arch Dermatol, 1986, 122, 1129-1132.
18. Goldenring JM.- Condylomata acuminata in the evaluation of sexual abuse. Arch Dermatol, 1987, 123, 1265-1266.
19. Herrera Saval A, Rodriguez Pichardo A, Garcia Bravo B, et al.- Verrues anogénitales chez les enfants. Ann Dermatol Venereol, 1990, 117, 523-526.
20. Singh KG, Bajaj AK, Sharma R.- Perianal condylomata acuminata in an infant. Int J Dermatol, 1988, 27, 181-182.
21. Cohen BA, Honig P, Androphy E.- Anogenital warts in children. Arch Dermatol, 1990, 126, 1575-1580.
22. Obalek S, Jablonska S, Favre M, et al.- Condylomata acuminata in children: frequent association with human papillomaviruses responsible for cutaneous warts. J Am Acad Dermatol, 1990, 23, 205-213.
23. Padel AF, Venning VA, Evans MF, et al.- Human papillomaviruses in anogenital wart children: typing by in situ hybridization. Br Med J, 1990, 300, 1491-1494.
24. Piérard-Franchimont C, Arrese Estrada J, Fazaa B, et al.- Tumeurs cutanées à papillomavirus. Intérêt de l'immunopathologie et de l'hybridation in situ. Rev Med Liège, 1991, 56, 480-485.

Figures

Fig. 1 : Eversion des paupières chez un nouveau-né suite à un traumatisme obstétrical.

Fig. 2 : Pathomimie purpurique et érodée.

Fig. 3 : Traces ecchymotiques de flagellation.

Fig. 4 : Sévices par blessures punctiformes multiples au niveau du dos d'un nourrisson.

Fig. 5 : Lacérations circonférentielles du cou chez un nourrisson.

Fig. 6 : Brûlure par ébouillement.

Fig. 7 : Brûlure par contact avec un anneau.

Fig. 8 : Epidermolyse bulleuse jonctionnelle chez un nouveau-né.

Fig. 9 : Lésion vésiculo-purpurique d'une phytophotodermatite.