

QUOI DE NEUF EN DERMATOLOGIE PEDIATRIQUE ? HEMANGIOMES : TRAITEMENT LOCAL OU GENERAL ?

Plusieurs travaux précisent la prise en charge des hémangiomes, du bilan initial aux risques des traitements. Les bêtabloquants locaux, idée a priori séduisante, pourraient être risqués chez les enfants de faible poids.



Les hémangiomes segmentaires du nourrisson peuvent être associés à d'autres anomalies du développement dans le cadre d'une forme syndromique (syndrome PHACE ou syndrome lombo-sacré), ce qui amène à s'interroger sur les indications d'un bilan morphologique. La conférence de consensus qui s'est tenu en 2014 apporte une réponse claire à cette question. Un bilan morphologique est nécessaire

en cas d'hémangiome segmentaire de plus de 5 cm de la face, mais aussi du cuir chevelu, du cou ou de la partie supérieure du tronc, ou un hémangiome de moins de 5 cm associé à une autre anomalie clinique comme une aplasie médiane ou un raphé médian. Ce bilan doit comprendre examens clinique et ophtalmologique, échocardiographie et IRM de la tête et du cou, en précisant d'explorer l'arc aortique. Des examens plus spécialisés, comme l'angioscanner, ne sont nécessaire qu'en cas d'anomalie à ce premier bilan. Un suivi neurologique avec IRM tous les 6 à 12 mois n'est requis que pour les enfants ayant un rétrécissement d'un gros vaisseau sans suppléance.

Globalement, **l'âge moyen d'involution complète d'un hémangiome non traité** est de 3 ans et demi, selon une étude qui a inclus 184 enfants. Un peu plus de la moitié (55 %) laissent des séquelles esthétiques : télangiectasies, résidus fibroadipeux, anétodermie. Il est donc impossible d'affirmer aux parents qu'un hémangiome va disparaître. Le risque de séquelles est plus élevé pour les hémangiomes mixtes que pour les hémangiomes très superficiels ou les hémangiomes profonds sans atteinte cutanée. Il est maximal pour les hémangiomes bien limités avec une bordure abrupte, qui doivent être traités en priorité.

L'efficacité du propranolol est bien établie. Mais quelle est sa sécurité ? Les données recueillies avec huit ans de recul ne montrent pas d'effets secondaires inattendus. Les effets les plus graves (1,5% des cas), sont la bradycardie chez des enfants ayant des comorbidités, les hypoglycémies en cas d'apports alimentaires insuffisants (gastro-entérites) et les bronchospasmes au décours d'infections bronchiques. Une éducation de l'entourage, pour arrêter le propranolol si l'enfant s'alimente mal ou a une infection respiratoire, doit permettre de prévenir ces effets. Le développement cognitif des enfants traités n'est pas modifié, selon une étude cas-témoin néerlandaise. Par ailleurs, les espoirs mis dans les bêta-bloquants topiques, confirmés par une grande étude américaine, en particulier pour les hémangiomes superficiels de moins de 1 mm d'épaisseur, doivent être tempérés en raison d'un passage systémique notable. Des effets secondaires graves ont été décrits chez des enfants traités par applications de timolol, ce traitement étant six fois plus puissant que le propranolol. Cela impose la prudence pour les nourrissons les plus fragiles, de faible poids ou prématurés. Le propranolol per os permet, finalement, un dosage plus sûr.

Les mutations et les mécanismes moléculaires à l'origine des malformations vasculaires sont de mieux en mieux connus et pourraient conduire à des traitements ciblés. Des essais sont notamment menés avec le sirolimus, inhibiteur de la voie mTOR. Un essai incluant 61 enfants atteints de malformations vasculaires diverses montre une tolérance satisfaisante et une efficacité essentiellement sur la douleur, mais les résultats demandent à être affinés selon les maladies en cause. L'efficacité de ce traitement reste à prouver. Si l'intérêt de thérapies ciblées se confirme, il faudra les commencer très tôt pour éviter que des hypercroissances ne se développent.

La barrière cutanée joue un rôle important dans les premières semaines de vie.

En mesurant régulièrement la perte en eau de 1 900 nourrissons par tévamétrie, puis en réalisant des tests de provocation orale à 2 ans, une équipe britannique a constaté que les enfants qui avaient une perte élevée en eau à J2, témoignant d'une grande perméabilité cutanée, avaient 3,5 fois plus de risques de développer une allergie alimentaire.

Deux études françaises offrent un panorama du **psoriasis cutané chez l'enfant**. Le psoriasis en plaques est le plus fréquent chez les enfants et les adolescents, alors que chez les nourrissons, ce sont le psoriasis du siège et le psoriasis inversé qui dominent. Un traitement systémique est débuté en moyenne à l'âge de 10 ans. L'acitrétine est le traitement de première ligne dans trois quarts des cas et moins de 15% des enfants reçoivent une biothérapie. La ciclosporine est le médicament qui donne le plus d'effets secondaires. Le risque cardiovasculaire associé au psoriasis est bien identifié chez l'adulte. Mais il existe probablement dès l'enfance. Les enfants atteints ont un rapport tour de taille/tour de hanche plus élevé, et des taux d'apolipoprotéine B et de LDL supérieurs. Le développement de ces facteurs de risque lipidiques pourrait inciter à traiter de manière plus intensive l'inflammation chez ces enfants.

Le diagnostic d'éruption paravirale peut constituer parfois une solution de facilité pour le clinicien. Une revue de la littérature des soixante dernières années remet en cause le caractère paraviral de certaines infections comme le syndrome gants et chaussettes, l'hypomélanose éruptive ou la pseudo-angiomatose éruptive.

D'après la communication de Christine Léauté-Labrèze (CHU de Bordeaux)