

Préambule: Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles. Les diapositives de l'orateur sont normalement disponibles sur le site Internet <http://dea.hug-ge.ch/enseignement/formcontinue.html>: le nom d'utilisateur est formationcontinue et le mot de passe : pediatrie

Colloque de Pédiatrie du mardi 26 novembre 2013

Cas de dermatologie pédiatrique

Dr M. Lacour

Quoi de neuf en dermatologie pédiatrique en 2013 ? Il y a eu 1193 articles sur le sujet "skin-children". Le Dr Marc Lacour parcourt en 17 points succincts, clairs et concis quelques sujets de dermatologie pédiatrique. Les diapositives de la présentation sont normalement disponibles sur le site internet de l'hôpital et j'invite le lecteur intéressé à consulter le site, pour les photos dermatologiques et les riches explications.

1) hémangiome capillaire :

Un hémangiome capillaire à risque (taille, localisation) se traite au propranolol 2mg/kg/j. Il faut débiter tôt, déjà entre 5 et 8 semaines de vie. Faut-il hospitaliser l'enfant pour contrôler les glycémies et la tension ? Pas forcément. Un effet rebond est possible à l'arrêt.

Faut-il traiter les hémangiomes bénins ? Oui, cela est possible, avec du propranolol topique ou du timolol gel.

L'hémangiome est-il associé à des syndromes ? Non, sauf certains hémangiomes sacrés (syndrome LUMBAR) ou de l'hémiface (syndrome PHACES, association à des anomalies vasculaires cérébrales)

2) aquagenic wrinkling des paumes :

ou fripage des mains (mains de lavandières après 2 minutes dans l'eau). Non, ce n'est pas banal, cela peut être associé à une mucoviscidose.

3) dermatite atopique :

D'abord considérée comme une maladie allergique, elle est maintenant considérée comme une maladie dermatologique avec altération de la barrière cutanée; la peau laisse passer des allergènes, l'absence de barrière cutanée facilite l'infection à staphylocoques, facilite la sécheresse cutanée.

Des progrès ont été faits dans la recherche de gènes anormaux, ce qui permet de mieux faire une relation génotype/phénotype entre les différentes formes de dermatite atopique et leur évolution.

Il est possible que des antibiotiques précoces augmentent le risque de dermatite atopique de 7%, l'effet des probiotiques reste étudié.

Pour le traitement, de nouveaux immunomodulateurs sont décrits, mais le traitement de base reste émollients et corticothérapie topique. Il faut surtout lutter contre la corticophobie (au visage, il est permis de mettre de la cortisone brièvement puis de maintenir l'effet avec tacrolimus ou pimecrolimus).

4) vasculite :

Dans le Kawasaki, des gènes de susceptibilité ont été mis en évidence : Inositol triphosphate kinase, récepteur IgG.

Les définitions de Kawasaki ont été enrichies par le syndrome de Kawasaki incomplet et le syndrome de Kawasaki atypique (complications non classiques)

5) rash sous amoxicilline et mononucléose :

Lors de mononucléose, le risque d'éruption est de 32% avec antibiotique et 23% sans antibiotique, donc moins fréquent que l'on pensait.

6) hyperpigmentation linéaire :

Parfois visible sur les ongles, souvent d'origine traumatique, par exemple chaussettes aux mollets (attention atteinte de lipoatrophie)

7) facteurs de croissance :

La transmission intra-cellulaire peut se faire par la voie RAS ou par la voie M Tor.

On peut expliquer les phénomènes de mosaïcisme, par exemple le naevus linéaire (suivant les lignes de Blaschko). Les naevus kératinocytaires sont l'expression d'une mutation en mosaïcisme, avec expression locale.

La mutation de la voie RAS dans les cellules germinales peut s'exprimer dans différents syndromes (Noonan, neurofibromatose, Costello, Léopard) et est également impliqué dans certaines tumeurs.

mTor est impliqué dans le syndrome de Peutz-Jeghers, la sclérose bournévillienne.

Des médicaments ont été développés (everolimus, sirolimus) permettant de faire fondre certaines tumeurs liés à ces syndromes (mais possible rechute à l'arrêt du traitement). Les médicaments en topique ont un effet sur certaines atteintes cutanées liés à ces syndromes.

8) ligne blanche sur le nez :

Il s'agit d'un pli transverse du nez, reste embryonnaire, pouvant contenir des points noirs ou du milium. Ce n'est pas un signe allergique.

9) naevus mélanocytaire géant :

Stimulé par un gène de prolifération, impliquant la voie RAS. La mutation implique un faciès particulier, parfois une atteinte du SNC ou médullaire, une tendance familiale.

Un gène de mélanocortine allèle R y est associé, avec également un effet sur le poids de naissance plus élevé et une corpulence adulte plus forte

10) à Genève (mais aussi ailleurs) a été observée une épidémie d'éruption cutanée avec atteinte pied-main-bouche, et aussi beaucoup de décollement d'ongles (onychomadèse), liée à une épidémie de Coxsackie A, donnant un pied-main-bouche atypique.

11) molluscum :

Des cas de surinfections sévères avec formation de furoncle profond ont été décrits. Un nouveau germe staphylocoque coagulase négatif particulièrement a été retrouvé et décrit, le Staph lugdunensis, très virulent mais peu résistant aux antibiotiques. Il est donc utile de faire une culture lors de molluscum abcédé.

Par ailleurs, il existe une très intéressante revue sur le molluscum dans le Lancet Infect Dis 2013 13:877-888 (Chen X).

12) acné :

L'isotrétinoïne oral à beaucoup d'effet secondaire, mais reste utile. Par contre, il ne semble pas y avoir de lien avec la maladie de Crohn (par contre, il y aurait un lien entre la maladie de Crohn et l'acné sévère).

13) alopecie aerata :

Il existe une association avec la thyroïdite auto-immune; la maladie serait plus fréquente en cas d'atopie, dépression et anxiété.

14) eczéma herpétique :

Des lésions rondes à l'emporte-pièce survenant sur un eczéma doivent y faire penser. La durée d'hospitalisation est souvent prolongée, surtout s'il y a eu une corticothérapie préalable.

15) psoriasis :

pas assez de temps pour parler du lien avec le déficit en IL36

16) il existe un risque d'obésité augmenté de 4x en cas de psoriasis

17) photo d'une rougeur en carré, et même d'ulcère violacé sur le dos de la main, même ulcère nécrotique linéaires dans le dos.

Il s'agit d'un nouveau pari stupide circulant sur la toile, consistant à mettre du sel sur la peau puis un glaçon, ce qui abaisse le point de congélation, entraînant des gelures localisées sévères.

Compte rendu du Dr V. Liberek
Transmis par le laboratoire MGD

vliberek@bluewin.ch
colloque@labomgd.ch