

*Préambule : Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles.*

Voici le lien pour visualiser les visioconférences HUG-CHUV (nouveau) :

<https://mediaserver.unige.ch>

Une fois sur la page d'accueil, taper dans le champ de recherche « Visio » et choisissez la bonne année académique. Puis entrer les identifiants suivants :

user : visioR, password : 2020

## **Colloque de pédiatrie Lausanne-Genève du mardi 6 février 2024**

### ***Les hémangiomes infantiles***

Dre Yassaman Götti-Alipour, cheffe de clinique,  
service de dermatologie et vénérologie - HUG

L'hémangiome est un motif de consultation très fréquent, il s'agit d'une tumeur bénigne très fréquente.

Des facteurs de risque sont la prématurité, la gémellité, le petit poids.

La pathogenèse s'explique par la production de facteurs de croissance vasculaire sous l'effet de l'hypoxie, en particulier durant la vie fœtale.

A la naissance, les lésions sont souvent absentes ou très légères. Avec le temps, il y a une croissance. N'importe quelle partie du corps peut être touchée.

Il peut y avoir une atteinte superficielle (aspect rouge vif, angiome fraise) ou profonde (nodule couleur chair, environ 15 % des hémangiomes), ou mixte profonde et superficielle.

La lésion peut être focale (unique), multifocale, ou étendue.

A la naissance, en général on n'observe presque rien. Puis il y a une croissance rapide avec un maximum vers 9 à 12 mois, puis en général une régression, 80 % des hémangiomes régressent complètement à quatre ans. Parfois, le comportement peut être différent.

Les complications sont locorégionales :

- A la paupière, il peut y avoir une répercussion sur le développement de la vision.
- Dans la zone de la barbe, il peut y avoir là une association à un hémangiome glottique.
- Dans le conduit auditif, il peut y avoir une surdité.
- Dans la bouche, il peut y avoir des troubles de la déglutition.

Les complications possibles sont l'ulcération, souvent douloureuse, à l'origine de cicatrices. Le risque est très important dans les zones fessières ou du siège avec possible surinfection.

L'hémangiome peut être segmentaire, avec également risque d'ulcération.

Il y a un risque esthétique, surtout lors d'atteinte du nez ou de la lèvre. Le cartilage nasal

peut être atteint.

Les séquelles cosmétiques sont de la télangiectasie, une cicatrice fibromateuse, anétodermie, et les cicatrices.

Lorsqu'il y a plus que cinq hémangiomes, il faut craindre des complications systémiques. Il est nécessaire de rechercher une atteinte hépatique. Lorsqu'il y a un hémangiome hépatique, il y a un risque d'hémorragie, d'insuffisance cardiaque par hyperdébit, d'atteinte thyroïdienne par métabolisation des hormones thyroïdiennes.

Il existe des types syndromiques :

- Le syndrome PHACE avec un hémangiome de la face. Il peut y avoir des associations à des anomalies cardiaques, oculaires, cérébrales et vasculaires. Selon la localisation de l'hémangiome sur le visage, le risque de complication est différent. En cas d'anomalie cérébrovasculaire, il y a un risque d'accident vasculaire cérébral..

- syndrome LUMBAR. L'hémangiome est situé en bas du dos, il peut être associé à des anomalies urologiques, myélites, des membres inférieurs, rénales. Il est nécessaire de faire un bilan complet.

L'hémangiome est un diagnostic clinique. Il n'est en général pas nécessaire de faire des examens complémentaires. Si une histologie est pratiquée, on trouve le marqueur Glut-1 positif. L'échographie peut être utile.

Des investigations sont à faire lors de formes syndromiques comme le PHACE, le LUMBAR ou d'hémangiome multi focal.

Qui faut-il traiter ? Il est recommandé de traiter s'il y a un risque de complication, selon la localisation, ou s'il y a un risque d'ulcération, ou s'il s'agit d'une forme syndromique.

Dans les années 60, ont été tenté les corticoïdes intra-lésionnels, avec peu de succès.

Dans les années 80, l'interféron alpha a été essayé, mais les effets secondaires étaient très importants.

En 2008 a été découvert par hasard l'effet du propranolol. En 2009, une étude parue dans le New England Journal of Medicine a montré que sur une série de 32 enfants, traités par propranolol de 1 à 3 mg/kilo, il y avait un bon effet de stabilisation, voire réduction de l'hémangiome. Le mode d'action du propranolol n'est pas clair. Il est conseillé de procéder à l'introduction du traitement en milieu hospitalier.

Quel bilan pratiquer ? L'échocardiographie n'est plus recommandée même si on continue de le faire à Genève. Il est utile de faire un électrocardiogramme, notamment s'il y a un lupus maternel.

Les complications du traitement sont l'hypoglycémie, l'hypotension, des extrémités froides, ou le bronchospasme. En cas de maladies aiguës comme la diarrhée, il convient de suspendre le traitement.

Les contre-indications au traitement sont le bloc atrioventriculaire, ou les maladies cardiaques.

Idéalement, le traitement doit être introduit en phase de croissance de l'hémangiome, et

arrêté vers l'âge de 18 mois ou plus tard.

Il existe des alternatives au propranolol comme l'Aténolol ou le Nadolol (bien que pour ce dernier médicament un cas de décès a été rapporté).

Le traitement topique par Timolol n'est efficace que pour les hémangiomes superficiels (donner 1 goutte/kg, attention au surdosage.)

Traitements de complication connues: les ulcérations peuvent être traitées par vaseline et propranolol; les télangiectasies peuvent être traitées par laser; et la chirurgie peut être nécessaire en cas de déformation. Les cicatrices peuvent être traitées par laser.

Hémangiomes congénitaux : Ils peuvent être rapidement évolutifs (RICH), non évolutifs (NICH), ou partiellement évolutifs (PICH).

RICH : Ils sont présents dès la naissance, sous forme de masse avec des télangiectasies. Il y a un risque de nécrose, de thrombose. Souvent il y a des séquelles cutanées. L'histologie est glut-1 négatif.

NICH : L'hémangiome a souvent l'aspect bleuté avec télangiectasies, et il n'y a pas d'involution.

Les formes intermédiaires peuvent avoir une involution partielle. Des traitements par laser ou chirurgie peuvent être proposés.

Angiome *tufted* ou kaposiforme : Il y a un risque de syndrome de Kasabach Meritt. L'évolution est variable, l'aspect est souvent un aspect de plaques rouges brunâtres. L'angiome peut être douloureux. L'histologie est Glut-1 négative et D2-D40 positive.

Les angiomes kaposiformes peuvent être invasifs, présentent un syndrome de Kasabach Meritt dans 60% des cas (il s'agit d'une thrombocytopenie avec risque hémorragique par captage des thrombocytes dans l'hémangiome). Il est nécessaire de stabiliser le problème avec la cortisone, et parfois la vincristine.

Compte-rendu du Dr Vincent Liberek

[vliberek@bluewin.ch](mailto:vliberek@bluewin.ch)

Transmis par le laboratoire MGD

[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)