

Chapelet de notes de Juan-les-pins (mars 2018)

Catherine Bonnet-Got¹
Danielle Bouilly²
Isabelle Buffiere³

¹ 75000 Paris

² 21000 Dijon

³ 84000 Avignon

catherine.bonnetgot@free.fr

Après ce congrès enrichissant et jazzy, nous vous proposons à trois, non pas une intégrale, ni une symphonie, mais des morceaux choisis de façon subjective parmi les thèmes nombreux et variés qui se sont succédés à un rythme enlevé !

Une Master Class de pathologie infectieuse précédait le congrès proprement dit, avec une mise au point sur des pathologies importantes.

Prurigo par piqûres d'arthropodes

P. Delaunay après un rappel d'entomologie a donné un algorithme diagnostique tenant compte d'éventuels insectes apportés, de la saison, de la séméiologie des lésions, de leur localisation, leur vitesse d'apparition, du mode de vie du patient et de son environnement. Il a insisté sur la nécessité d'un traitement autant que possible préventif, et si curatif respectueux de l'environnement ; et sur la prise en compte du retentissement psychique : avec les punaises de lit, la gale et les pyemotes, on constate un retentissement équivalent à un état de stress post-traumatique (il utilise l'hypnose conversationnelle) et il y a d'authentiques délires d'infestation.

La gale dans le monde

O. Chosidow a brossé un tableau de la gale dans le monde, dont l'incidence augmente avec le taux d'humidité mais diminue avec la chaleur. Elle est particulièrement fréquente chez les migrants et dans les pays à faible niveau de ressources ; les complications, notamment l'impétigo et secondairement le rhumatisme articulaire aigu et les glomérulonéphrites, en font la gravité ; on sait maintenant que le sarcopte interfère directement avec les bactéries en inhibant le système du complément. Petit signe d'intérêt dans la gale hyperkératosique, la kératodermie plantaire épargne les points d'appui. L'atteinte unguéale est moins fréquente chez le jeune enfant que chez l'adulte. La réaction immunitaire de l'hôte peut occasionner des lésions proches d'une papulose lymphomatoïde. Traitement : la perméthrine doit être appliquée aussi au visage. Un seul cas

d'urticaire de contact généralisée a été décrit. L'ivermectine peut être prescrite chez la femme enceinte, elle a été utilisée chez l'enfant dans des études hospitalières hors AMM avec une très bonne tolérance. La moxidectine, molécule à très longue demi-vie a été testée sur un modèle expérimental porcin, une dose unique s'avérant plus efficace que deux doses d'ivermectine. Les échecs thérapeutiques dans la gale sont le plus souvent liés à un déficit d'explication des mesures environnementales.

Les infections bactériennes communes

A.C. Fougerousse a traité les infections bactériennes communes, au premier rang desquelles les furoncles, dus à des *S aureus* le plus souvent producteurs de toxine de Panton Valentine, mais dont les souches méti-R restent beaucoup plus fréquentes aux États-Unis qu'en France. Les indications de l'antibiothérapie orale ajoutée au traitement local sont la présence de signes généraux, les topographies à risque (face), ou plus difficiles pour les incisions (mains, organes génitaux), une zone inflammatoire périlésionnelle supérieure à 5 cm, l'existence de comorbidités. La Pyostacine[®], la clindamycine, l'Augmentin[®] ou le Bactrim[®] seront prescrits pour sept jours. En cas de furunculose, prélèvement bactériologique impératif des lésions et des narines, et traitement adapté.

L'érysipèle abdominal existe, bien que rare : toujours se méfier d'une pathologie intra-abdominale à expression trompeuse, telle qu'une fistule colique. L'antibioprophylaxie des érysipèles, proposée après plusieurs épisodes, intramusculaire ou orale, diminue les récurrences de 70 %.

L'intertrigo à bactéries Gram négatif, de début brutal, douloureux, souvent érosif et suintant, résulte d'un déséquilibre de la flore favorisé par l'humidité et par une infection concomitante à dermatophyte. Le traitement local associe aux antiseptiques et à la sulfadiazine argentine, des dermocorticoïdes dans les formes érosives.

Elle a évoqué les nombreuses variantes cliniques de l'érythème chronique migrant (ECM) par sa forme, sa taille, sa couleur parfois bleutée au centre ou purpurique, la possibilité de vésiculobulles ou d'ulcérations.

Un ECM géant dû à une borreliose

P. Del Giudice nous a montré un ECM géant dû à une borreliose d'Europe centrale dont c'était le premier cas décrit en France. *Neoehrlichia mikurensis*,

nouvelle bactérie intracellulaire à Gram négatif transmise par les tiques Ixodes, peut aussi donner un tableau d'ECM. Le spectre clinique des rickettsioses va de la simple escharre avec adénopathie au purpura fulminans, dépendant de la virulence de la souche et du terrain de l'hôte. Dans le Var, les cas de fièvre boutonneuse méditerranéenne sont fréquents en été, dont certains mortels (surtout si comorbidités), il recommande donc une prophylaxie en cas de morsure de tique, par deux ou trois jours de macrolides chez l'enfant et une ou deux prises de 200 mg de doxycycline chez l'adulte.

Le risque infectieux des biomédicaments (D. Staumont-Salle)

Les résultats des études sont variables, les comorbidités jouent un rôle important ; le risque varie aussi selon la pathologie sous-jacente et la nature du biomédicament.

Il faut repérer les folliculites récidivantes, les prélever et traiter les gîtes.

Parmi les agents particuliers :

- Le dépistage de la tuberculose latente est systématique avant l'initiation ; le Quantiferon® doit être renouvelé si un questionnaire annuel retrouve des voyages en zone d'endémie, la prise de drogues, un séjour en prison, un contact avec des personnes atteintes.
- *Mycobacterium marinum* peut donner des lésions florides ou nécrosantes.
- Les nocardioses sont le plus souvent cutanées pures par inoculation directe, mais il y a un risque de dissémination surtout en cas de traitements associés aux biothérapies.
- Penser aussi aux leishmanioses, et aux candidoses plus fréquentes sous anti IL17 (inspection de la cavité buccale, des plis et des organes génitaux ; endoscopie si dysphagie)

Quelques situations particulières :

Les hépatites B et C sont dépistées systématiquement avant traitement :

- en cas d'infection B ancienne guérie ; le risque de réactivation existe mais moindre qu'avec une corticothérapie orale supérieure à 10 mg/j. Une surveillance trimestrielle des transaminases et du DNA VHB est indiquée, avec en cas de positivité une demande d'avis spécialisé pour traitement prophylactique ;
- le risque est moindre avec le VHC.

Le psoriasis chez les patients VIH a la même prévalence mais une sévérité bien supérieure (parfois érythrodermie révélatrice), et souvent il est réfractaire aux traitements conventionnels. De petites séries de biothérapies ont été publiées montrant une bonne tolérance, l'etanercept est

recommandé en première intention. Il n'y a pas de données pour les anti-IL17 et l'apremilast. La collaboration avec l'infectiologue est recommandée.

Le sur-risque de zona sous biothérapie n'est pas formellement établi, mais on voit des formes plus graves notamment sous infliximab. Le vaccin atténué est intéressant mais non remboursé avant 65 ans.

Un effort important reste à faire concernant les vaccinations : dans une étude française sur 78 patients psoriasiques sous traitement systémique ou biomédicament, un seul était parfaitement à jour, 60 % n'étaient pas vaccinés contre l'hépatite B, et une minorité l'était contre la grippe saisonnière et le pneumocoque, ce qui leur est pourtant particulièrement recommandé !

Les antiviraux antiherpétiques (O. Chosidow)

Le valaciclovir (VACV) et le famciclovir (FCV) sont les prodrogues respectives de l'aciclovir (ACV) et du penciclovir (PCV). Tous nécessitent pour être actifs une phosphorylation par une thymidine kinase virale.

En cas de primo-infection génitale (HSV 2 ou parfois 1), le traitement topique n'est pas recommandé ; un antiviral sera administré par voie IV ou orale (selon la gravité) le plus tôt possible : *per os* ACV 200 mg 5 fois par jour, ou 400 mg 3 fois par jour, ou VACV 1 g (plutôt que 500 mg) 2 fois par jour, ou FCV 250 mg 3 fois par jour ; pour une durée de 5 à 10 jours selon l'état clinique.

Pour les récurrences, le traitement oral est utile si pris dès les premiers prodromes ; la prise en charge de la plaie est aussi importante. Il n'y a pas de vraie supériorité d'un antiviral sur un autre.

Le traitement préventif quotidien de l'herpès génital récurrent réduit significativement la fréquence des récurrences symptomatiques, l'excrétion virale asymptomatique et le risque de transmission d'HSV2 au partenaire.

L'élimination de ces médicaments étant rénale, ils peuvent être néphrotoxiques notamment par voie veineuse et chez les sujets âgés ; une bonne hydratation est nécessaire ainsi qu'une vigilance sur les coprescriptions. Un cas d'érythème pigmenté fixe croisé pour ACV, VACV et FCV a été décrit, ainsi que quelques DRESS.

Si un herpès résiste à l'ACV, il faut d'une part confirmer en laboratoire cette résistance (dans 95 % des cas, mutation de la thymidine kinase), d'autre part rechercher une immunodépression connue (VIH, greffe d'organe) ou non connue (LLC...) Le traitement repose sur le foscarnet, le cidofovir IV ou l'imiquimod topique.

Infektions sexuellement transmissibles

Au chapitre des IST, qui augmentent, la syphilis, toujours et encore ! (N. Dupin)

Les formes atypiques sont la cause d'erreurs diagnostiques : abcès sous-périostés occasionnant céphalées et douleurs osseuses ; atteinte hypophysaire pseudotumorale opérée ; pneumopathie interstitielle bilatérale, etc.

Il faut savoir évoquer les neurosyphilis précoces (risque de complications) ; quand elles sont symptomatiques, atteinte oculaire dans un tiers des cas, notamment pseudo-uvéite avec un œil rouge : ponction lombaire et traitement IV impératifs.

Il y a des patients récidivistes (parfois plus de 5 fois !), ce qui justifie la surveillance après traitement.

Attention aux faux négatifs dans les tests de dépistage faits en ville (voir le Poster 302 des JDP 2017), donc savoir les répéter si la clinique est évocatrice. La PCR n'est pas remboursée.

En période de « disette », ne pas surtraiter les patients avec l'Extencilline[®] : 1 seule injection pour les formes précoces (moins d'1 an).

Les alternatives à la pénicilline pour le traitement, à valider : azithromycine (AZT) mais il existe des résistances ; cyclines 14 à 28 jours (en cas de syphilis de plus d'un an mais s'assurer de l'absence de neurosyphilis).

Le traitement des infections à *Chlamydia* devrait être actualisé : l'AZT en traitement minute d'1 g est recommandée, mais *Mycoplasma genitalium* prend une place croissante dans les uréthrites, avec des résistances aux macrolides et quinolones, et il y a des échecs publiés de l'AZT dans des uréthrites masculines à *Chlamydia*.

En cas d'urétrite gonococcique non compliquée, une injection de 500 mg de ceftriaxone IM assure 95 % de succès.

Des questions : les traitements pré-exposition sont-ils les traitements préventifs de demain, pas seulement pour le VIH ? Est-ce raisonnable à terme (résistances, pénurie...) ? Quid du gonocoque ?

Un regret : la France est mauvaise élève pour la vaccination anti-HPV (17 %)... : elle peut beaucoup mieux faire !

À propos de l'infection VIH, P. Del Giudice nous a indiqué que l'avenir, quand les trithérapies sont efficaces, est à un allègement, soit en passant à une bithérapie, soit à un traitement 4 jours sur 7 voire à une injection mensuelle.

Le risque de contamination du partenaire d'un patient traité est très faible, voire nul.

Chez les homosexuels masculins, on assiste à des infections à bactéries entéropathogènes ; et parmi les plus jeunes à une épidémie d'hépatite A.

Les dermatoses neutrophiliques et éosinophiliques

Dans un atelier commun très iconographique, S. Buche et D. Staumont-Salle ont éclairé pour nous, l'un les dermatoses neutrophiliques (DN), l'autre les dermatoses éosinophiliques (D Eo). Les DN sont classées en fonction de la profondeur de l'infiltrat, hypodermique notamment dans les pyoderma gangrenosum (PG), dermique dans le Sweet, épidermique dans les pustuloses, avec des formes de passage et de chevauchement illustrant la notion de « maladie neutrophilique ». Les formes cliniques de PG sont nombreuses : pustuleuse (rechercher plus spécialement une MICI avec syndrome arthrocutané), bulleuse évocatrice d'une hémopathie associée, végétante... Certains médicaments sont inducteurs de PG, dont l'isotrétinoïne (l'évoquer en cas d'exacerbation sévère d'une acné sous traitement) mais aussi les anti-TNF (également inducteurs de Sweet de même que les inhibiteurs de thymidine-kinase et le GM-CSF) ! Le rôle du dermatologue est souligné car les autres spécialistes d'organes ne connaissent pas forcément les abcès aseptiques (spléniques, pulmonaires etc.) qui peuvent être associés aux DN. Une neutropénie circulante n'exclut pas une DN, au contraire.

La conception moderne de l'éosinophile en fait une cellule complexe, effectrice ou immunorégulatrice selon son microenvironnement. Il n'y a pas de corrélation entre le taux d'éosinophiles circulants (5 % du total) et les conséquences cliniques, liées surtout aux éosinophiles tissulaires toxiques (cœur en particulier). Les DEo proprement dites sont celles où l'éosinophilie tissulaire est le critère diagnostique principal, notamment le syndrome de Wells, les folliculites pustuleuses et vasculites à éosinophiles, et les syndromes hyper-éosinophiliques. Ceux-ci, complexes, commencent à être démembrés notamment grâce la biologie moléculaire, et nécessitent un bilan lésionnel des différents organes, en particulier cœur et poumons.

Un tour du monde des maladies infectieuses

Nous avons eu droit à un tour du monde dermatologique présenté par J.-J. Morand. Il est impossible de tout décrire sans images mais retenons les plaies infectées en Afrique recouvertes de terre, les traitements achetés sur les marchés, déconditionnés avec le risque de toxidermie sévère, l'utilisation de dermocorticoïdes pour dépigmenter la peau noire et leurs complications, les filarioses fréquentes dans les zones tropicales et qui représentent 120 millions de malades dans le monde.

La lèpre n'est toujours pas éradiquée, on en trouve surtout en Inde, au Brésil et en Afrique, mais aussi des cas en France dans la population comorienne qui vit à Paris ou à Marseille.

Les ulcérations dues au *Mycobacterium ulcerans* qu'on voit en Afrique de l'ouest, en Guyane, en Australie et au Japon et qui peuvent laisser des séquelles et entraîner un handicap.

Des cas de tréponématoses endémiques, Bejel vus au Maghreb, Pian et Pinta. Des cas de leishmanioses au Brésil et en Afghanistan.

Des cas de maladies de Chagas en Amérique du Sud avec des complications cardiaques, première cause de mortalité d'origine cardiaque dans cette zone, attention aux cas importés en Amérique du Nord, Europe, Japon et Australie.

En Chine, on trouve des cas de trichinose due à un ver, *Trichinella spiralis*, présent dans la viande de porc et transmis à l'homme par la viande mal cuite.

Les maladies virales qu'on peut observer chez des patients au retour de voyage, la dengue au retour de Singapour, le chikungunya qui a débuté en Inde puis à Madagascar et la Réunion, qu'on peut voir en Europe du Sud (Italie et Var), en Amérique du Sud et aux Antilles. Le virus Zika au retour d'Océanie. Pour éviter de se contaminer il faut se protéger des piqûres de moustiques pendant le voyage et mettre les patients suspects en quarantaine tant que le diagnostic n'est pas fait. N'oubliez pas qu'il y a toujours des cas de peste à Madagascar.

J.-J. Morand nous a parlé des excisions, photo à l'appui, toujours pratiquées dans des pays d'Afrique de façon rituelle particulièrement à Djibouti où il a travaillé pendant quelques années. Certains pays ont des lois qui condamnent les parents qui laisseraient leurs filles subir cette intervention lors d'un séjour dans leur pays d'origine.

Traitement du lupus cutané

Du côté de la médecine interne, D. Bessis nous a fait découvrir l'intérêt du lénalidomide ou Revlimid[®], « cousine » du thalidomide, à faible dose de 5 mg par semaine, dans le traitement du lupus cutané en échec de traitement ou des formes subaigües ou rénales. Ce traitement est bien toléré et ne donne pas de neuropathie.

C'est un médicament à délivrance hospitalière mensuelle avec les mesures de prévention des grossesses, le coût est de 3 000 euros par mois. Il se place en dernière ligne de traitement des lupus, après les dermocorticoïdes pour les formes cutanées localisées, le Plaquenil[®] ou la nivaquine, la thalidomide, le méthotrexate, au même niveau que le Cellcept[®]. Peut-être prendra-t-il à l'avenir une « meilleure » place dans la stratégie thérapeutique ?

Il nous a expliqué comment découvrir ou redécouvrir des maladies ou des formes cliniques particulières. Il nous a fait une démonstration en nous montrant cinq cas de lupus avec des hyperkératoses plantaires. Il s'agissait de cas de chevauchement lupus-lichen acral. Puis des tableaux d'acrosyndrome chez des femmes anorexiques ou ayant maigri et des formes cliniques de dermatomyosites.

Et pour finir la démonstration, le syndrome BASCULE ou en clair *Bier's Anemic Spots Cyanosis Urticaire-like Eruption*, dermatose vasomotrice des membres inférieurs en position debout avec acrocyanose, macules anémiques et éruption pseudo-urticarienne souvent prurigineuse qui peut se compliquer d'une tachycardie orthostatique et parfois de malaise. Le tableau clinique disparaît en position allongée, c'est une dermatose acquise, chronique et bénigne.

Psoriasis ou « de l'eldorado à la réalité thérapeutique » par C. Paul

Vingt-cinq pour cent des patients atteints de psoriasis sont alexithymiques, c'est-à-dire qu'ils ont du mal à identifier et exprimer leurs émotions, ce sont des patients anxieux et dépressifs. Après traitement, dans 50 % des cas ce problème régresse et on observe une diminution de l'anxiété et de la dépression et des conduites addictives surtout l'alcoolisme.

La place du méthotrexate est reprécisée par plusieurs études, ça marche, c'est bien toléré et ça ne coûte pas cher, les patients ayant des comorbidités doivent avoir une surveillance hépatique stricte biologique et par FibroScan.

Les réactions paradoxales de psoriasis aux anti-TNF sont des formes atypiques avec papulopustules palmo-plantaires, et atteinte du cuir chevelu. Si les lésions ne sont pas trop sévères, on continue l'anti-TNF et on prescrit des soins locaux. On peut associer du méthotrexate, et des antibiotiques en cas de surinfection par du staphylocoque doré.

Si les réactions sont plus sévères, on arrête les anti-TNF et on passe à l'ustékinumab.

Les nouveaux traitements, les anti-IL-23 bloquent le signal en amont, ils sont au nombre de quatre : ustékizumab (Stelara[®]) commercialisé, le guselkumab (Tremfya[®]), le risankizumab et le tildrakizumab (Ilumya[®])

Les anti-IL-17 bloquent le signal en aval, ils sont au nombre de trois : le sécukinumab (Cosentyx[®]) et l'ixékinumab (Taltz[®]), commercialisés, et le brodalumab (Kyntheum[®]), en cours d'étude.

Les anti-IL-17 ont une action rapide mais nécessitent de 12 à 24 injections par an et la

rechute est rapide et sévère après l'arrêt. Les anti-IL-23 sont plus indiqués chez les patients jeunes et ne nécessitent que quatre injections par an.

Les recommandations de la SFD ont été mises à jour en 2017 et vont être publiées sur le site de la SFD.

En résumé, pour le traitement du psoriasis modéré à sévère :

- en première ligne le méthotrexate ou la photothérapie ou la ciclosporine ;
- l'acitrétine si contre-indication aux autres traitements et si psoriasis modéré.
- en deuxième ligne en échec ou contre-indication de deux traitements systémiques, adalimumab ou ustékinumab
- en troisième ligne si échec des précédents traitements anti IL-17 ou anti IL-23.

Dermatite atopique

Dans la dermatite atopique (DA), JP Lacour a fait un parallèle entre les « séismes thérapeutiques » du psoriasis et du mélanome et le « frémissement » de celui de la DA ; après avoir rappelé les grands principes du traitement que sont ceux des poussées, de la xérose et la prévention de l'irritation cutanée, il a insisté sur l'éducation thérapeutique.

La physiopathologie quant à elle, est essentielle pour comprendre les axes thérapeutiques en particulier l'hyperactivation des TH2 (due aux cytokines kératinocytaires (TSLP, IL25, IL33) responsable de la sécrétion d'IL4, IL5, IL13, IL31 et au final de l'augmentation des éosinophiles et des IgE.

Vont ainsi arriver sur le marché dans les deux ans à venir différentes molécules qui ont des résultats plus rapides et prolongés dans le temps que la ciclosporine et le méthotrexate :

Le dupilumab (Dupixent® de Sanofi-Genzyme), anticorps monoclonal dirigé contre le récepteur de l'IL4, agréé FDA et EMA en 2017, pour les DA modérées à sévères résistants aux traitements classiques (ciclosporine, méthotrexate, photothérapie) avec des études en cours chez l'enfant de moins de 6 ans avec très bons résultats sur le prurit et très peu de complications (ORL, aggravation de parasitose) et devrait être commercialisé d'ici fin 2018.

Le tralokinumab (anticorps humanisé anti-IL13), le lebrikizumab (anticorps monoclonal humanisé anti-IL-13) et le némolizumab (anticorps monoclonal anti-récepteur IL31) sont actuellement en essais de phase II et III.

Les anti-JAK, molécules *per os* comme le baricitinib, l'upadacitinib en phases II et III ou en topiques comme le tofacitinib et le ruxolitinib.

D'autres commencent à émerger comme les anti-PDE4 (crisaborole en topique), un anti-IL-22

(fezakinumab) , un anti-TSLP (le tezepelumab), un anti-IL33 (AMG 282).

Vitiligo

Dans le vitiligo, Th. Passeron a insisté sur l'impact psychologique de cette affection et demande d'« arrêter de dire que ce n'est rien », même s'ils ont trois fois moins de risques de faire un mélanome et beaucoup moins de faire des carcinomes.

Il a délivré quelques messages comme l'impossibilité de faire repigmenter un vitiligo sans UV, l'impossibilité de prédire son évolutivité (avec toutefois des signaux négatifs comme la bordure hyperchromique en lumière de Wood et la dépigmentation en confettis), la nécessité de stopper l'évolution par des minipulses de corticoïdes (5 mg les samedis et dimanche ; demi-dose pour les enfants) associés à des UVB, la nécessité de préférer des dermocorticoïdes forts plutôt que très forts, sur de petites surfaces et selon des schémas intermittents (comme trois semaines et une semaine de pause, ou 5 j/semaine) ; le jugement se fait à six mois.

Quant aux inhibiteurs de la calcineurine (tacrolimus, pimecrolimus, hors AMM) ils ont une meilleure efficacité avec une exposition UV.

Quant aux thérapies ciblées, elles offrent des résultats encourageants comme les anti-Jak (tofacitinib et ruxolitinib), les anti-CXCL10 (atorvastatine), l'apremilast, un agoniste de la voie WNT (anti GSK3b) qui cible la différenciation des cellules souches (topique, très prometteur dans une étude de phase II).

Il a conclu en insistant sur le rôle essentiel des UV pour induire la prolifération et la différenciation des mélanocytes et propose comme éventuel traitement préventif des récurrences d'appliquer 2 fois par semaine le tacrolimus ; ne pas oublier le maquillage et ne pas hésiter à lui envoyer nos patients qui ont un vitiligo évolutif.

Comment évaluer la sévérité, il a indiqué ce site : VEScalculatorinfo.org.

Hémangiomes infantiles

Dans les hémangiomes infantiles (HI), C. Chiaverini, a fait passer quelques messages :

L'atteinte segmentaire de l'HI de la lèvre est de plus mauvais pronostic ; et dans les formes localisées, l'atteinte du vermillon, une grande taille donneront plus de complications inesthétiques ; un traitement précoce améliorera le pronostic.

Les HI à bord abrupt ou de surface rugueuse auront plus de séquelles et il existe un score de sévérité avec différents items (taille, siège, SF, risque malformatif ou esthétique) qui facilitera les décisions thérapeutiques.

On a mis en évidence récemment à partir de prélèvements issus de NICH et RICH une mutation en mosaïque pGlu 209Leu de GNA11 ou GNAQ (comme dans le mélanome uvéal).

De toute évidence, le traitement est dominé par le propranolol, qui a certes des effets secondaires graves toujours anticipables (1,5 %) à type de bradycardie et troubles du rythme chez les grands prématurés, d'hypoglycémie en cas d'apports insuffisants, de bronchospasmes après des infections bronchiques et autres, comme les troubles du sommeil ou digestifs ; elle insiste sur toutes les études qui montrent qu'il n'y a aucun impact sur le développement cognitif et pas de surrisque respiratoire.

Le risque de rechute est de 65 % si le traitement a une durée inférieure à 9 mois.

Le timoptol est-il vraiment un traitement local ? Il est six fois plus puissant que le propranolol et a un risque de passage systémique important majorant les risques cardiaques chez les prématurés < 2,5 kg.

Enfin, la rapamycine en topique 1 % a montré de bons résultats dans les malformations comme le Sturge-Weber surtout quand elle est associée à un laser LCP.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

L'excellence de la littérature internationale en dermatologie clinique et biologique

Revue officielle de l'European Dermatology Forum



IMPACT FACTOR 2.243 2016

European Journal of Dermatology

- Rubrique dédiée aux internes européens
- Revue de haute qualité scientifique indexée dans Medline et Web of Science
- Support de Développement Professionnel Continu

Découvrez la revue sur www.europeanjournalofdermatology.com