



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Quoi de neuf en Dermatologie Pédiatrique

What's new in pediatric dermatology?

F. Cambazard

Service de Dermato-allergo-cancérologie, Hôpital Nord CHU, 42055 St-Étienne, Université Jean Monnet, SNA-EPIS EA 4607

Les actualités en dermatologie pédiatrique sont très nombreuses et ne seront présentés ici que les éléments intéressants les dermatologues non spécialisés avec parfois de simples rappels d'éléments méconnus. Bien sûr tous les progrès génétiques ne seront pas rapportés. Comme prévu la COVID et les traitements biologiques du psoriasis et de la dermatite atopique occupent la tête du classement.

COVID 19

La pandémie liée à un nouveau coronavirus (Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus 2 ou SARS-CoV-2), est responsable de la maladie à Corona virus 2019 (COVID 19). Celle-ci (au 15 octobre 2020) a touché 40 millions de personnes dans le monde (dont 867.197 en France) et fait 1 111 225 morts (dont 33.392 en France). Les publications sur Pubmed sont extrêmement nombreuses avec une revue de la littérature fin avril 2020 [1] puis des études nationales importante comme 375 cas espagnols [2], puis 716 patients de 31 pays [3], qui ont confirmé **les manifestations cutanées**. Il peut s'agir d'éruptions érythémato-papuleuses confluentes, morbilliformes, urticariennes ou papulovésiculeuses pseudo varicelleuses. Les manifestations vasculaires, livédoïdes, et les vascularites purpuriques traduisent l'atteinte vasculaire expliquant certaines manifestations viscérales graves.

Très vite les **atteintes acrales** vont dominer le tableau, le plus souvent évocatrices d'engelures en particulier chez les sujets jeunes [4]. Cependant dans la plupart des cas les prélèvements rhinopharyngés sont négatifs et les sérologies habituellement non faites. Il semble que ces acrosyndromes de la COVID soient une manifestation tardive de formes bénignes. Deux études françaises ont mis [5,6] l'accent sur ces manifestations mais les confirmations virologiques manquent souvent. L'une [5] a collecté 277 patients de 2 à 98 ans en insistant sur les engelures mais seuls 34 patients ont eu une PCR, positive dans 75 % des cas.

Plus spécifiquement chez **l'enfant** une étude de 30 patients milanais [7] âgés de 1 à 17 ans a constaté des lésions acrales à type d'engelures d'une durée médiane de 7 jours, dont un tiers avec des symptômes de COVID 1 à 35 jours plus tôt (fièvre, toux ou rhinite) mais la PCR est restée négative dans les 6 prélèvements réalisés.

Finalement la publication la plus intéressante [8] qui a confirmé le rôle du Corona virus dans ces acrosyndromes a porté sur 7 enfants et montre le SARS-CoV-2 par immunohistochimie dans les cellules endothéliales et dans les cellules épithéliales des glandes endocrines et en microscopie électronique. Cette agression des cellules endothéliales par le virus explique les dégâts vasculaires avec ischémie secondaire, les engelures et probablement les atteintes microangiopathiques systémiques.

Dans les **formes graves** il existe dans une 2^e phase une réaction immunitaire parfois importante s'accompagnant de vascularite, de thromboses vasculaires et conduisant à

Correspondance.

E-mail : frederic.cambazard@chu-st-etienne.fr (F. Cambazard).

des nécroses cutanées avec coagulopathie et défaillances viscérales. Chez l'enfant un syndrome inflammatoire multi systémique [9] avec atteinte des artères coronariennes (type Kawasaki) a conduit à un protocole associant des corticoïdes et des immunoglobulines : sur 54 enfants atteints tous ont survécu sans nécessité d'intubation.

Dermatite atopique

Deux mises au point [10,11] insistent sur les progrès thérapeutiques. Après une étude détaillée de la physiopathologie et un rappel des recommandations et prise en charge actuelle, les nouveaux traitements sont détaillés [10] en se basant sur la mesure et sur l'amélioration des scores EASI, SCORAD et IGA.

En ce qui concerne les nouveaux **traitements topiques**, un premier groupe concerne des **inhibiteurs de la phosphodiesterase 4** dont le crisaborole à 2 %, qui a été approuvé par la FDA pour les patients âgés de deux ans et plus. Un autre groupe est constitué par **des anti JAK** (tofacitinib, ruxolitinib) qui sont moins avancés. Enfin une crème au tapinarof (**anti AhR**) a également été étudiée. Mais ces nouveaux topiques n'ont été comparés qu'à des placebos et sont probablement beaucoup moins efficaces et beaucoup plus chers que les dermocorticoïdes.

L'innocuité du traitement par **le tacrolimus topique** [12] est confirmée par un suivi sur 10 ans d'enfants ayant été traités pendant plus de six semaines. Celui-ci a confirmé l'absence d'augmentation de l'incidence des cancers durant dans cette étude.

Les traitements **systémiques conventionnels** dans la dermatite atopique ont été collectés par une étude française portant sur 83 enfants [13].

Les **nouveaux traitements systémiques**, sont principalement constitués par les **anti IL 4/13**, dont le dupilumab actuellement bien connu. Des études ont d'abord été réalisées chez l'adolescent [14,15] puis chez l'enfant.

Le dupilumab a obtenu l'autorisation de mise sur le marché de la FDA aux USA en mars 2019 pour les adolescents de 12 à 17 ans et sera bientôt disponible en France pour cette population. Le score IGA 0/1 a été atteint chez 25 % des patients et le score EASI 75 chez plus de 40 %. Le principal effet indésirable est ophtalmologique avec dans 30 % des cas une conjonctivite de physiopathologie inconnue.

Une phase III [16] a porté sur 251 enfants (14 ans d'âge moyen) ayant une dermatite atopique non contrôlée par les traitements topiques dans 45 centres nord-américains et canadiens. Ils ont été traités soit par du dupilumab 200 mg (43 enfants de moins de 60 kg) ou dupilumab 300 mg (39 enfants de plus de 60 kg) toutes les deux semaines soit par du dupilumab 300 mg toutes les quatre semaines (84 enfants de plus de 60 kg) soit par du placebo (85 enfants). Le taux de patients ayant une amélioration EASI-75 est de 41,5 % toutes les deux semaines, 38 % toutes les quatre semaines et 8,2 % pour le placebo. Les complications étaient principalement des conjonctivites et des réactions au site d'injection. Les patients traités par dupilumab avaient plus de conjonctivites (9,8 % tous les deux semaines ; 10,8 % toutes les quatre

semaines, et 4,7 % sous placebo) et de réactions au site d'injection (8,5 % toutes les deux semaines, 6 % toutes les quatre semaines et 3,5 % sous placebo), et moins d'infections cutanées (9,8 % toutes les deux semaines, 9,6 % toutes les quatre semaines, et 18,8 % sous placebo).

Une étude a également été rapportée chez 367 enfants de 6 à 11 ans [17] recevant soit 300 mg dupilumab toutes les quatre semaines, soit 1 dose basée sur le poids toutes les deux semaines (100 mg pour un poids < 30 kg, 200 mg pour un poids ≥ 30 kg), soit un placebo avec des dermocorticoïdes.

Un score IGA de 0/ 1 était atteint respectivement chez 32,8 %, 29,5 %, et 11,4 % des patients ; une amélioration EASI ≥ 75 % était atteinte respectivement chez 69,7 %, 67,2 %, et 26,8 % des patients. Les réponses étaient plus efficaces pour les doses les plus importantes.

Ce traitement est également en cours d'essai chez les enfants âgés de six mois à six ans. Il a d'ailleurs été utilisé avec succès chez un enfant de 3 ans [18].

Les études de deux **anti-IL13** (le tralokinumab et le lébrikizumab) sont également assez avancées chez l'adulte, sans effet indésirable ophtalmologique notable [19].

Un **anti-IL31** (le némolizumab) a été développé pour la prise en charge du prurit qui semble diminuer jusqu'à 90 % sur une étude d'un an mais l'étude de phase trois est en cours. Les autres études concernent les inhibiteurs de la signalisation **JAK/STAT** ciblant TYK2, JAK1, JAK2, et JAK3 sont en cours pour **le traitement oral** de la dermatite atopique sévère. Il s'agit principalement du baricitinib [20] (une étude de phase trois en cours chez l'enfant de 2 à 17 ans) et du tofacitinib. Mais alors que ces études sont réalisées contre placebo, l'upadacitinib est en cours d'étude contre le dupilumab chez l'adulte.

Enfin certains articles rappellent qu'il n'existe aucune preuve de l'efficacité des antihistaminiques H1 par voie orale en monothérapie dans la dermatite atopique.

Psoriasis

Le psoriasis touche 0,5 % des enfants et les traitements permettent habituellement de contrôler assez facilement cette dermatose. L'intérêt d'un **traitement proactif** [21] est de maintenir une atteinte cutanée réduite et de prévenir les rechutes en réduisant le risque de toxicité thérapeutique. A la différence d'une prise en charge réactive, un traitement proactif va limiter la sévérité et la fréquence des survenues d'une nouvelle poussée. L'éducation thérapeutique comprend des explications sur la physiopathologie, la prévention des facteurs déclenchants, (traumatismes cutanés, grattage, vêtements ou chaussures serrés, vêtements occlusifs, prévention des infections par les vaccinations, prise en charge de l'obésité...) et des soins d'hygiène adaptés (douches courtes et peu chaudes, ne pas savonner les zones irritées, se laver avec une huile de douche, utilisation régulière d'émollient...). Sur le plan thérapeutique : diminution adaptée des dermocorticoïdes, et des traitements hors AMM (analogue de la vitamine D, tacrolimus), espacement des doses des traitements locaux ou généraux, week-end thérapie par traitement des zones habituellement atteintes, traitement précoce des poussées, dose minimale effective d'acitrétine, de ciclosporine, de

méthotrexate, ou espacement des injections d'étanercept, d'adalimumab, ou d'ustékinumab.

Peu de médicaments locaux ou systémiques utilisés chez l'adulte pour le psoriasis possèdent des AMM chez l'enfant, nécessitant l'utilisation de **prescriptions hors AMM** [22]. Une telle utilisation chez l'enfant s'est appuyée sur trois cohortes rétrospectives (Psocar : 313 enfants traités à l'hôpital, PsoLib 207 enfants traités en cabinet libéral et BiPe 134 enfants sous biothérapie) entre 2012 et 2018. Les prescriptions hors AMM étaient notées de 35 à 97 % des cas et correspondaient principalement à l'association calcipotriol bétaméthasone, à la pommade au tacrolimus et sur le plan systémique au méthotrexate, à la ciclosporine, au méthoxalène, à l'aprémilast ou aux biothérapies. Cette absence d'AMM est une des explications aux défauts ou au retard de prise en charge efficace de l'enfant psoriasique.

L'**aprémilast** [23] a été utilisé pour traiter 21 adolescents de 12 à 17 ans (de 20 à 30 mg 2 × par jour) et 21 enfants de 6 à 11 ans (20 mg 2 × par jour). Les concentrations sériques durant les 12 premières heures après la prise étaient comparables à ce qu'on trouve chez l'adulte. L'amélioration du psoriasis était de 68 % chez les adolescents et de 79 % chez les enfants

L'**ustékinumab** [24] s'est révélé efficace sur le psoriasis en plaque modéré à sévère de l'enfant âgé de 6 à 12 ans. Au cours de l'étude ouverte CADMUS jr, 44 patient sur 19 centre ont terminés l'étude qui a donné des résultats comparables à l'étude CADMUS adolescent de 12 à 18 ans. Les injections avaient lieu à la semaine 0 et 4 puis 1 injection toutes les 12 semaines jusqu'à la 40^e semaine. Les résultats des études pharmacocinétiques et immunogéniques confirment que la dose basée sur le poids est appropriée à la population pédiatrique (< 60 kg : 0,75 mg kg⁻¹ ; ≥ 60 à ≤ 100 kg : 45 mg ; > 100 kg : 90 mg). À la 12^e semaine, 77 % ont eu un PGA 0/1, 84 % un PASI 75 et 64 % un PASI 90. L'efficacité était maintenue à un an.

L'étanercept, l'adalimumab, le sécukinumab et l'ixéki-zumab, sont également autorisés à cet âge mais avec des fréquences d'injection beaucoup plus grandes (1 à 2 semaines en rapport avec les 12 semaines de l'ustékinumab).

L'**ixéki-zumab** a également été étudié chez 115 enfants âgés de 6 à 18 ans ayant un psoriasis modéré à sévère [25] avec 1 injection toutes les quatre semaines contre 56 enfants traités par placebo pendant 12 semaines, puis traités en ouvert. On a noté une amélioration statistiquement significative dans sa rapidité sur le prurit et sur la qualité de vie, sur la guérison complète des atteintes du cuir chevelu et génitales. À 12 semaines on avait PASI 75 (IXE 89 % ; placebo 25 %) et obtention d'un PGA 0/1 (IXE 81 % ; placebo 11 %). Cette amélioration s'est poursuivie ou accentuée à 48 semaines. Pas d'effet secondaire notable par rapport au placebo.

Quand passer à un traitement systémique chez l'enfant ?

Une étude sur 448 patients [26] a montré que 62 % poursuivaient simplement un traitement local, 14 % passaient à une photothérapie seule et 23 % passaient à un traitement systémique. La durée médiane entre le début du psoriasis et le passage un traitement systémique était de 10,8 ans.

Comment passer à un traitement systémique chez l'enfant ?

Un consensus d'experts canadiens en psoriasis et en pédiatrie [27] a réalisé un algorithme pour prendre en charge les psoriasis modérés à sévères de l'enfant. Sont également décrits les traitements biologiques autorisés pour un tel traitement ainsi que le monitoring nécessaire à leur surveillance.

Infections chez les enfants ayant du psoriasis

Parmi 57 323 enfants ayant du psoriasis [28], il n'a pas été trouvé de différence significative d'infection entre ceux ayant reçu un traitement biologique (722) ou un traitement non biologique. De plus les enfants ayant un psoriasis ont eu deux fois plus de risque d'infection que ceux sans psoriasis.

Pelade

Une étude rétrospective [29] sur un petit nombre de patients a montré que 6 adultes sur 7 traités par **dupilumab** à posologie classique pour une dermatite atopique ont vu une très nette amélioration de leur pelade sévère (universelle dans un cas, totale dans trois cas) qui évoluait depuis 3 à 7 ans avec une durée médiane de traitement de six mois. Ceci est particulièrement intéressant car nous ne disposons pas encore de la possibilité d'utiliser des anti-Jak en France, et les seuls traitements pour les pelades sévères sont la corticothérapie générale avec ou sans méthotrexate, difficile à proposer dans le contexte actuel de pandémie du Coronavirus. Cette possibilité hors AMM pour les pelades isolées est particulièrement intéressante quand on connaît le gros retentissement de ces pelades sévères chez les adolescents et les enfants qui en sont atteints.

Gale

Une revue générale très complète a été réalisée sur la gale [30] avec en particulier une actualisation sur son épidémiologie, ses manifestations cliniques, ses méthodes diagnostiques et sa prise en charge.

Peut-on traiter par voie orale une gale chez un enfant de moins de 15 kg ? [31]

L'ivermectine est autorisée pour la gale chez l'enfant de plus de 15 kg mais est hors AMM pour les enfants de moins de 15 kg et la toxicité au-dessous de ce poids est peu connue. Cette étude porte sur 170 enfants de moins de 15 kg et de moins de deux ans, traités par ivermectine orale

à deux semaines d'intervalle, et ne s'est accompagnée que d'effets secondaires mineurs (prurit ou poussée d'eczéma). Son efficacité est de 80 % et est plus importante à des doses de plus de 200 microgrammes par kilo et quand le délai entre les deux prises est inférieur à 10 jours.

Hémangiome et bêtabloquants topiques

76 enfants d'âge médian 6,7 mois [32] ont été traités par du timolol en préparation ophtalmologique appliquée sur leur hémangiome. Le timolol était habituellement en gel à 0,5 %. La plupart des enfants recevaient 1 goutte 2 × par jour. Le timolol a été détecté dans 86 des 92 échantillons de plasma prélevés ; dans 80 % des cas, la concentration excédait celle ayant une activité bêtabloquante systémique chez l'adulte. De façon étonnante, les enfants âgés de 6 à 12 mois avaient une concentration plus élevée que ceux de moins de six mois. Plus l'angiome était épais plus la concentration était importante. Cependant cette concentration n'était pas significativement modifiée par le siège l'hémangiome, sa surface, son ulcération ou son occlusion. Même si il n'y a pas eu d'effets secondaires notables, il semble préférable (comme pour le propranolol oral) d'arrêter ce traitement topique en cas de maladie, de bronchiolite ou de diminution transitoire de l'alimentation.

Divers

Varicelle

Une lettre à la rédaction [33] rappelle que si la varicelle commence souvent sur le cuir chevelu avant de toucher le tronc, puis les membres puis le visage, celle-ci peut débuter sur une zone d'irritation locale (équivalent de phénomène de Koebner) comme par exemple sur une zone irritée par les couches, un pansement adhésif de voie d'abord vasculaire ou sous un plâtre... Le caractère initialement localisé de ces vésicules a un aspect trompeur, pouvant faire penser à un syndrome pied main bouche, un impétigo débutant, voire à un herpès malgré des lésions élémentaires différentes. Le diagnostic n'est souvent fait que lors de la généralisation des lésions. Ceci confirme que les exanthèmes viraux sont parfois exacerbés par des facteurs physiques tels que la pression, les traumatismes, la macération, des expositions au soleil ou au froid.

Dysembryoplasies

Certaines dysembryoplasies ne doivent pas être méconnues :

Signes cutanés des dysraphies occultes cranio-encéphaliques et spinales [34]

Cette revue est intéressante car elle détaille les mécanismes de formation de ces dysraphies situées sur la ligne

médiane, allant de la région frontonasale, du vertex et des régions cervico-occipitales à la région lombo-sacrée.

Les schémas sont clairs et explicatifs de même que les photos qui permettent de penser à un tel diagnostic. En fait, dès qu'un enfant a une anomalie située sur la ligne médiane il faut y penser, avec possibilité d'encéphalocèle, de méningocèle, de tissu cérébral hétérotopique, de tissu méningé hétérotopique, et d'aplasie cutanée avec défaut osseux.

Les anomalies nasales sont également bien expliquées.

Les différents types d'aplasie cutanée congénitale, souvent situées sur le vertex sont décrites : aplasie cutanée membraneuse, bulleuse et hémorragique parfois associée à un signe du collier ou à une touffe de cheveux.

Devant une dysplasie cranio-encéphalique occulte, l'IRM reste l'examen le plus sensible pouvant être complétée par une TDM osseuse à la recherche d'une minime brèche. L'échographie doppler et l'échographie cérébrale transfontanellaire précoce permettent de différencier une lésion kystique d'un hémangiome infantile. En présence d'un défaut osseux un avis neurochirurgical est indispensable.

Enfin les dysraphies spinales occultes peuvent être associées à une hypertrichose lombo-sacrée localisée, une fossette, un sinus dermique, un hémangiome large, un appendice caudal, un lipome lombo-sacré ou une aplasie cutanée congénitale. En cas de dysraphie spinale occulte, la moelle bas attachée peut s'accompagner de troubles neurologiques avec déficit sensitif ou moteur des membres inférieurs, douleurs, anomalies orthopédiques des pieds, troubles intestinaux et incontinence urinaire ; ce syndrome est lié à l'absence de l'ascension du cône terminal de la moelle s'accompagnant d'une ischémie de la partie basse de la moelle épinière secondaire à son étirement au court de la croissance du fœtus.

À noter que la déviation ou la duplication isolée du pli interfessier touche 1 à 15 % de la population générale, et en l'absence d'autres signes cliniques, elle ne justifie pas d'exploration complémentaire (échographie médullaire avant l'âge de 3/4 mois ou IRM qui nécessite une anesthésie générale) à la recherche d'une dysraphie spinale occulte.

Bourgeon ombilical

Une revue de la littérature [35] a inclus 59 publications rapportant 536 cas de nourrissons d'âge moyen 11 mois avec persistance d'un résidu embryonnaire de type canal omphalo-mésentérique : il faut y penser lors d'une anomalie ombilicale chez les nourrissons car dans 10 % des cas un décès est survenu en raison d'une mauvaise prise en charge ou d'un diagnostic retardé

Dermite périorale

L'emploi d'inhibiteurs topiques de la calcineurine a été étudié chez 72 enfants atteints d'une dermite périorale [36], d'âge médian 4,2 ans avec suivi de 5,2 mois ; 67 % d'entre eux n'avaient que ce traitement : ils ont complètement guéri dans 69 % des cas, sans effet secondaire notable.

Granulomatose oro-faciale

Il s'agit d'une inflammation avec œdème labial en l'absence d'atteinte systémique. Une étude rétrospective [37] a permis d'identifier 7 enfants entre 2000 et 2018, d'âge médian 13 ans, ayant une inflammation granulomateuse épithélioïde, dont quatre ont développé ensuite une maladie de Crohn dans un délai médian de trois ans. Il semble donc recommandé d'assurer une surveillance gastro-entérologique chez les enfants ayant une granulomatose labiale.

Verrues récalcitrantes sur déficit immunitaire chez l'enfant

Le syndrome de Jacobson est lié à une délétion du bras long du chromosome 11 et peut-être associé à un déficit immunitaire pouvant conduire à des infections cutanées virales difficiles à traiter. Le cidofovir topique a permis de guérir des verrues vulgaires récalcitrantes profuses sur les mains d'un adolescent de 18 ans en six mois et des molluscum contagiosum extrêmement nombreux chez une fillette de 12 ans en trois mois [38]. L'emploi de pommade à 1 % de cidofovir (à partir du cidofovir injectable 75 mg/ml) une application quotidienne semble un traitement intéressant dans les infections cutanées virales résistantes, mais il est particulièrement difficile à obtenir en France.

Complications des traitements topiques

L'application de topiques s'accompagne parfois d'une pénétration excessive du principe actif en raison de sa mauvaise utilisation (quantités appliquées excessives, niveau d'activité forte des dermocorticoïdes, traitements prolongés, occlusion) ou en raison de la pathologie traitée (défaut de barrière cutanée, épiderme mince, utilisation conjointe de rétinoïdes oraux, immunodépression...).

Si la corticothérapie générale peut favoriser des complications graves (les herpès ou la varicelle chez les nourrissons sous corticothérapie générale sont parfois gravissimes), les dermocorticoïdes peuvent également être responsables d'une pathologie générale : syndrome de Cushing, insuffisance surrénalienne avec retard de croissance, ostéoporose, hypertension artérielle, intolérance au glucose, syndromes septiques. Cette insuffisance surrénalienne peut-être d'évolution fatale par exemple lors de surinfections par le CMV. De même dans certaines pathologies avec perméabilité cutanée excessive comme dans la pemphigoïde bulleuse, ou dans des géodermatoses comme le syndrome de Netherton (mutation du gène SPINK5 codant pour l'inhibiteur de protéase à sérine LEKTI), certains topiques comme le tacrolimus peuvent avoir un passage systémique. Un article rapporte le décès, dans un contexte de choc septique sur fracture ouverte par chute, d'une patiente de 38 ans utilisant depuis plus de 16 ans 7,2 kg de bétaméthasone par an ; elle avait de larges plaies nécrotiques et des intertrigos surinfectés [39].

Cas cliniques originaux

Urticaire secondaire à l'ingestion d'une pièce de monnaie

Une fillette de quatre ans [40] conduite aux urgences après ingestion d'une pièce en nickel confirmée par la radiographie abdominale, a développé le jour suivant une urticaire généralisée qui s'est aggravée progressivement, ayant nécessité l'ablation endoscopique de la pièce et une corticothérapie générale plus antihistaminique.

Érythème périnéal récurrent

Une fillette de 5 ans avait depuis 5 jours un rash érythémateux de la région génitale [41] s'accompagnant d'une desquamation périphérique, associé à une chéilite, une langue framboisée, un érythème pharyngé et une acropulpite. Deux épisodes similaires étaient survenus les six derniers mois, après une pharyngite fébrile permettant d'isoler un streptocoque hémolytique du groupe A dans la gorge mais pas sur la peau, confirmant qu'il s'agissait d'un érythème périnéal récurrent. Celui-ci est lié à des toxines bactériennes agissant comme super antigènes. Le streptocoque peut être d'origine pharyngée, anale, ou cutanée à partir d'un impétigo. Le traitement repose sur la prise d'amoxicilline. L'aspect clinique peut faire évoquer un syndrome de Kawasaki (mais il n'y a pas de fièvre ou peu) ou un staphylococcal scalded skin syndrome dans lequel l'atteinte touche préférentiellement les grands plis et s'accompagne d'un décollement superficiel.

Gants et chaussettes à parvovirus B19

L'éruption papulo purpurique en gants et en chaussettes avec nette délimitation sur les poignets et les cheville est une manifestation bien connue d'une infection à parvovirus B19 et parfois à CMV ou EBV. Mais comme toujours dans les infections virales, de multiples variantes peuvent être décrites comme ici [42] : discrète atteinte acrale mais importantes plaques purpuriques et pétéchiiales des coudes, des poignets et des genoux. Une leucopénie et thrombocytopénie transitoire ont duré plusieurs jours et les sérologies parvovirus B19 en IgM et la recherche de parvovirus B19 par PCR étaient positives.

Liens d'intérêts

Au cours des cinq dernières années F. Cambazard a perçu des honoraires pour participer à des essais thérapeutiques, à des congrès, à des actions de formation, et à des bureaux scientifiques promus par les laboratoires : Abbvie, BMS, Celgène, Cosmétique active, Galderma, Janssen, Lilly, Léo Pharma, MEDAC, MSD, Naos, Nigy-Topicrem, Novartis, Pfizer, Pierre Fabre Dermatologie, Sanofi-Genzyme, SVR, Urgo.

Cet article fait partie du numéro supplément *Quoi de neuf en 2020 ?* réalisé avec le soutien des laboratoires Almirall, Bristol-Myers Squibb, Janssen, Lilly, Nordic Pharma, Novartis, Sanofi Genzyme, UCB Pharma.

Références

- [1] Marzano AV, Cassano N, Genovese G, Moltrasio C, Vena GE. Cutaneous manifestations in patients with COVID-19 : a preliminary review of an emerging issue. *Br J Dermatol* 2020;183:431-42.
- [2] Galván Casas C, Català A, Carretero Hernández G, Rodríguez-Jiménez P, Fernández-Nieto D et al. Classification of the cutaneous manifestations of COVID-19 : a rapid prospective nationwide consensus study in Spain with 375 cases. *Br J Dermatol* 2020;183:71-7.
- [3] Freeman Esther E, McMahon Devon E, Lipoff Jules B, Rosenbach M, Kovarik C, Seemal R Desai et al. The spectrum of COVID-19-associated dermatologic manifestations : An international registry of 716 patients from 31 countries. *J Am Acad Dermatol* 2020;83:1118-29.
- [4] Freeman Esther E, McMahon Devon E, Lipoff Jules B, Rosenbach M, Kovarik C, Takeshita J, et al. American Academy of Dermatology Ad Hoc Task Force on COVID-19 Pernio-like skin lesions associated with COVID-19 : A case series of 318 patients from 8 countries. *J Am Acad Dermatol* 2020;83:486-92.
- [5] Masson A de, Bouaziz JD, Sulimovic L, Cassius C, Jachiet M, Ionescu MA et al. SNDV (French National Union of Dermatologists-Venereologists) Chilblains is a common cutaneous finding during the COVID-19 pandemic : A retrospective nationwide study from France. *J Am Acad Dermatol* 2020 ;83:667-70.
- [6] Le Cleach L, Dousset, H. Assier, Fourati S, Barbarot C, Boulard C et al. On behalf of the French Society of Dermatology. Most chilblains observed during the COVID-19 outbreak occur in patients who are negative for COVID-19 on polymerase chain reaction and serology testing. *Br J Dermatol* 2020 Jul 6 ;10.1111/bjd.19377.
- [7] Colonna C, Genovese G, Monzani NA, Picca M, Boggio F, Gianotti R, et al. Outbreak of chilblain-like acral lesions in children in the metropolitan area of Milan, Italy, during the COVID-19 pandemic. *J Am Acad Dermatol* 2020;83:965-9.
- [8] Colmenero I, Santonja C, Alonso-Riaño M, Noguera-Morel L, Hernández-Martín A, Andina D, et al. SARS-CoV-2 endothelial infection causes COVID-19 chilblains : histopathological, immunohistochemical and ultrastructural study of seven paediatric cases. *Br J Dermatol* 2020;183:729-37.
- [9] Jonat B, Gorelik M, Boneparth A, Geneslaw AS, Zachariah P, Shah A, et al. Multisystem Inflammatory Syndrome in Children Associated With Coronavirus Disease 2019 in a Children's Hospital in New York City : Patient Characteristics and an Institutional Protocol for Evaluation, Management, and Follow-Up. *Pediatr Crit Care Med* 2020 Sep 29. doi:10.1097/PCC.0000000000002598. Online ahead of print.
- [10] Huet F, Gouin O, Misery L. Nouveaux traitements et perspectives thérapeutiques dans la dermatite atopique. *Ann Dermatol Venereol* 2020;147:466-74.
- [11] Lacour JP. Les traitements systémiques de la dermatite atopique. *Ann Dermatol Venereol* 2019;146:12576-12584.
- [12] Paller AS, Fölster-Holst R, Chen SC, Diepgen TL, Elmets C, Margolis DJ, et al. No evidence of increased cancer incidence in children using topical tacrolimus for atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2020;83:375-81.
- [13] Chambrelan E, Barbarot S, Bekel L, Poizeau F, Mahé E., Puzenat E, et al. Drug survival and postdrug survival of systemic treatments in a national French cohort of children with atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 2020;183:376-8.
- [14] Chia-Yu Chu 1Treatments for Childhood Atopic Dermatitis : an Update on Emerging Therapies. *Clin Rev Allergy Immunol* 2020 Jun 30. doi:10.1007/s12016-020-08799-1
- [15] Cork MJ, Taçi D, Eichenfield LF, Arkwright PD, Hultsch T, Davis JD, et al. A. Dupilumab in adolescents with uncontrolled moderate-to-severe atopic dermatitis : results from a phase IIa open-label trial and subsequent phase III open-label extension. *Br J Dermatol* 2020 Jan;182(1):85-96. doi:10.1111/bjd.18476. Epub 2019 Oct 8
- [16] Eric L. Simpson, Amy S. Paller, Elaine C. Siegfried, Boguniewicz M, Sher L, Melinda J Gooderham, et al. Efficacy and Safety of Dupilumab in Adolescents With Uncontrolled Moderate to Severe Atopic Dermatitis A Phase 3 Randomized Clinical Trial. *JAMA Dermatol* 2020;156:44-56.
- [17] Amy S. Paller, Elaine C. Siegfried, Taçi D, Wollenberg A, Michael J Cork, Peter D Arkwright, et al. Efficacy and safety of dupilumab with concomitant topical corticosteroids in children 6 to 11 years old with severe atopic dermatitis : A randomized, double-blinded, placebo-controlled phase 3 trial. *JAAD* 2020;83:1282-93.
- [18] Dakin H, Haas C. Successful and Rapid Clearance of Severe, Treatment-Resistant Atopic Dermatitis with Dupilumab in a 3-Year-Old. *Dermatol Ther.* 2020 Sep 5 : e14282. doi:10.1111/dth.14282. Online ahead of print.
- [19] Wollenberg A, Blauvelt A, Guttman-Yassky E, Worm M, Lynde C, Lacour JP, et al. Tralokinumab for moderate-to-severe atopic dermatitis : results from two 52-week, randomized, double-blind, multicentre, placebo-controlled phase III trials (ECZTRA 1 and ECZTRA 2). *Br J Dermatol* 2020 Sep 30. doi:10.1111/bjd.19574. Online ahead of print. PMID : 33000465
- [20] Reich K, Kabashima K, Peris K, Silverberg JI, Eichenfield LF, Bieber T, et al. Efficacy and Safety of Baricitinib Combined With Topical Corticosteroids for Treatment of Moderate to Severe Atopic Dermatitis : A Randomized Clinical Trial. *JAMA Dermatol.* 2020 Sep 30. doi:10.1001/jamadermatol.2020.3260. Online ahead of print. PMID : 33001140
- [21] Lavaud J, Mahé E. Proactive treatment in childhood psoriasis. *Ann Dermatol Venereol* 2020;147:29-35.
- [22] Mahé E, Corgibet F, Maccari F, Hadj Rabia S, Phan C, Ruer Mulard M, et al. Prescription hors AMM dans le psoriasis de l'enfant. *Ann Dermatol Venereol* 2020;147:429-38.
- [23] Paller AS, Hong Y, Becker EM, de Lucas R, Paris M, Zhang W, et al. Pharmacokinetics and safety of apremilast in pediatric patients with moderate to severe plaque psoriasis : Results from a phase 2 open-label study. *J Am Acad Dermatol* 2020;82:389-97.
- [24] Philipp S, Menter A, Nikkels AF, Barber K, Landells I, Eichenfield LF et al. Ustekinumab for the treatment of moderate-to-severe plaque psoriasis in paediatric patients (≥ 6 to < 12 years of age) : efficacy, safety, pharmacokinetic and biomarker results from the open-label CADMUS Jr study. *Br J of Dermatology* 2020;183:664-72.
- [25] Paller AS, Seyger MMB, Alejandro Magariños G, Bagel J, Pinter A, Cather, J et al. Efficacy and safety of ixekizumab in a phase III, randomized, double-blind, placebo-controlled study in paediatric patients with moderate-to-severe plaque psoriasis (IXORA-PEDS). *British Journal of Dermatology* 2020;183:231-41.
- [26] Bruins FM, Bronckers IMGJ, Cai R, Groenewoud JMM, Krol M, de Jong EMGJ et al. Treatment persistence in paediatric and adolescent psoriasis patients followed into young adulthood. From topical to systemic treatment : a prospective, longitudinal, observational cohort study of 448 patients. *Br J Dermatol* 2020;doi.org/10.1111/bjd.19301.
- [27] Lansang P, Bergman JN, Fiorillo L, Joseph M, Lara-Corrales I, Marcoux D, et al. Management of pediatric plaque psoriasis using biologics. *J Am Acad Dermatol* 2020;82:213-21.
- [28] Maria C Schneeweiss, Jennifer T Huang, Wyss R, Schneeweiss S, Joseph F Merola. Serious infection risk in children with

- psoriasis on systemic treatment : A propensity score-matched population-based study. *J Am Acad Dermatol* 2020;82:1337-45.
- [29] Harada K, Irisawa R, Ito T, Uchiyama M, Tsuboi R. The effectiveness of dupilumab in patients with alopecia areata who have atopic dermatitis : a case series of seven patients. *Br J Dermatol* 2020;183:396-7.
- [30] Thomas C, Coates SJ, Engelman D, Chosidow O, Chang AY. Ectoparasites : Scabies. *J Am Acad Dermatol* 2020;82:533-48.
- [31] Levy M, Martin L, Bursztejn AC, Chiaverini C, Miquel J, Mahé E, et al. Groupe de Recherche de la Société Française de Dermatologie Pédiatrique Ivermectin safety in infants and children under 15 kg treated for scabies : a multicentric observational study. *Br J Dermatol* 2020;182:1003-6.
- [32] Drolet BA, Boakye-Agyeman F, Harper B, Holland K, Lewandowski A, Stefanko N, et al. Systemic timolol exposure following topical application to infantile hemangiomas. Pediatric Trials Network Steering Committee. *J Am Acad Dermatol* 2020;82:733-6.
- [33] Bekkali N, Finon A, Guigon A, Estéve E. Varicelle débutant par des lésions périnéales : trois cas. *Ann Dermatol Venereol* 2020;147:52-4.
- [34] Bessis D. Société française de dermatologie pédiatrique. Signes cutanés des dysraphies occultes cranioencéphaliques et spinales. *Ann Dermatol Venereol* 2020;147:504-19.
- [35] Solomon-Cohen E, Lapidoth M, Snast I, Ben-Amitai D, Zidan O, Friedland R, et al. Cutaneous presentations of omphalomesenteric duct remnant : A systematic review of the literature. *J Am Acad Dermatol* 2019;81:1120-6.
- [36] Ollech A, Yousif R, Kruse L, Wagner A, Kenner-Bell B, Chamlin S, et al. Topical calcineurin inhibitors for pediatric periorificial dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2020;82:1409-14.
- [37] Chen KL, Diiorio DA, Chiu YE, Sokumbi O. Pediatric patients with orofacial granulomatosis likely to subsequently develop intestinal Crohn's disease : Brief Report. *Pediatr Dermatol*. 2020 Sep 28. doi : 10.1111/pde.14390. Online ahead of print. PMID : 32985729
- [38] Alsaleemi A, O'Connor C, Irvine AD, Leahy TR. Topical cidofovir for the treatment of recalcitrant viral warts and molluscum contagiosum in Jacobsen syndrome. *Pediatr Dermatol*. 2020 Sep 8. doi : 10.1111/pde.14355. Online ahead of print. PMID : 32897593
- [39] Valette C, Ofaiche J, Severino M, Mazereeuw-Hautier J. Evolution fatale du syndrome de Netherton due à une utilisation excessive de dermocorticoïdes chez un adulte. *Ann Dermatol Venereol* 2020;147:36-40.
- [40] Duchesnay I, Livingston MH, VanHouwelingen L, Walton JM., Generalised urticaria following ingestion of a nickel-plated coin in a 4-year-old girl *BMJ Case Rep*. 2020 Sep 7; 13(9):e234601. doi:10.1136/bcr-2020-234601
- [41] Di Altobrando A, Baccelli F, Viridi A, Gurioli C, Neri I. A peculiar perineal erythema *Pediatr Dermatol*. 2020 Sep;37(5):e71-e72. doi:10.1111/pde.14270.
- [42] Zhao Z, Wallace MM, Zwerner JP. A unique variant of juvenile papular-purpuric gloves and socks syndrome. *Pediatr Dermatol*. 2020 Sep 6. doi:10.1111/pde.14338. Online ahead of print.