

À PROPOS DE L'AUTEURE

Cathryn Sibbald, M.D., M.Sc., FRCPC

La D^{re} Sibbald est une dermatologue qui a terminé sa résidence à l'Université de Toronto et qui est accréditée au Canada et aux États-Unis. Elle a terminé son stage de formation postdoctorale en dermatologie pédiatrique au Children's Hospital de Philadelphie. Elle détient une maîtrise en épidémiologie de la London School of Hygiene & Tropical Medicine ainsi qu'un BSc Ph. M de l'Université de Toronto. Elle est une médecin membre du personnel avec des activités cliniques et de recherche pour le Hospital for Sick Children et s'est récemment jointe à la clinique sur le pyoderma gangrenosum au Women's College Hospital. Elle est professeure adjointe à l'Université de Toronto dans le département de pédiatrie avec une nomination conjointe au département de médecine. Ses intérêts cliniques sont vastes et comprennent l'alopecie, la morphee et le traitement au laser des lésions vasculaires.

Affiliations de l'auteure : Professeure adjointe, nomination conjointe, division de dermatologie, département de médecine, Université de Toronto, professeure adjointe au département de pédiatrie, faculté de médecine, Université de Toronto.



Mises à jour et perles d'informations de l'assemblée de la Society of Pediatric Dermatology

Cathryn Sibbald, M.D., M.Sc., FRCPC

La 49^e assemblée annuelle de la Society of Pediatric Dermatology (SPD) fut un énorme succès, attirant plus de 650 participants, le plus grand nombre jamais enregistré. La conférence de trois jours a présenté un large éventail de nouvelles avancées, de même que des conseils et des astuces de la part d'experts dans le domaine. Les participants ont profité des magnifiques sites et des spécialités culinaires de Toronto tout en bravant une alarme de feu et des fientes d'oiseaux.

Intelligence artificielle (IA)

Le D^r Albert Yan a présenté un exposé instructif sur l'IA en dermatologie. Il a présenté un exemple dans lequel ChatGPT écrit une lettre de nécessité médicale pour l'ustekinumab, avec des citations d'essais à grande échelle démontrant ses bienfaits. Des recherches plus poussées ont révélé que ces

références avaient été fabriquées « pour montrer ce que devrait être une référence idéale ».

Le D^r Yan a comparé cinq systèmes d'IA générative différents. Il a mis en évidence les systèmes offrant d'excellentes performances en matière de capacités de recherche avancée (ChatGPT-4o et Gemini Pro), d'évaluation des références publiées et de résumé d'articles (Perplexity), de génération d'images (Gemini Pro) et d'interactions vocales (ChatGPT-4o). Bien que Copilot soit efficace en matière de capacités de recherche avancée, Copilot et Claude ont été surclassés par les autres systèmes dans tous les autres domaines. Il a recommandé une baladodiffusion du New England Journal of Medicine (NEJM) sur l'IA pour ceux et celles qui désirent en apprendre davantage sur le sujet.

Manifestations cutanées des maladies systémiques et présentations sur la néonatalogie.

La D^{re} Lise Weibel a décrit de nombreux cas où les observations de la peau étaient essentielles pour le diagnostic. Dans un cas, les ongles dystrophiques d'un enfant de 3 ans ont mené à des radiographies des genoux, confirmant ainsi l'absence de rotules et un diagnostic d'ostéo-onychodysplasie, une maladie autosomique dominante associée à un risque de glaucome et à une détérioration de la fonction rénale. Un autre patient de 5 ans avait des lunules manquantes sur les doigts et une pachydermie. Un examen plus approfondi a révélé des cicatrices atrophiques, un sillon radial des lèvres et des douleurs lors de l'exposition au soleil. Des tests subséquents ont confirmé la protoporphyrie érythropoïétique, une affection qui survient généralement pendant l'enfance.

Parmi les autres cas, citons la dermatite herpétiforme présentant des pétéchies aux extrémités, l'histiocytose langerhansienne avec des stries purpuriques sur les ongles, accompagnées d'acrochordons pigmentés sur le visage indiquant des carcinomes basocellulaires chez un enfant atteint du syndrome de Gorlin, et des érosions superficielles chez un nouveau-né atteint de syphilis congénitale.

Lors de sa présentation sur la néonatalogie, la D^{re} Wiebel a parlé d'un patient atteint de mastocytomes congénitaux de grande taille réfractaires aux traitements conventionnels tels que les antihistaminiques et les stéroïdes topiques, qui a ensuite été traité avec l'omalizumab. Janis Chang a également rapporté des résultats favorables avec ce traitement hors indication dans l'un des cas de l'année.

Conseils rapides

Cette année, nous avons introduit les « Conseils rapides » quotidiens pour fournir de l'assistance médicale, chirurgicale et professionnelle.

La D^{re} Denise Metry a donné un aperçu des nouveaux critères du syndrome LUMBAR (hémangiome du bas du corps - anomalies génito-urinaires - myélopathie - déformations osseuses - malformations anorectales et artérielles - anomalies rénales), et a également discuté de sa propre approche générale. Le diagnostic requiert un hémangiome segmentaire de toute taille dans la région lombosacrée, sacro-coccygienne ou pelvienne de même qu'une anomalie d'un autre système d'organes (génito-urinaire, médullaire, osseux, anorectal, artériel ou rénal).¹ Si l'hémangiome est situé sur la ligne médiane de la face postérieure, elle recommande de procéder à une imagerie de la colonne vertébrale et une échographie

des reins et du bassin. Pour les hémangiomes sur la face antérieure, elle ne recommande qu'une échographie rénale et pelvienne. Enfin, si l'hémangiome affecte la jambe, elle suggère une échographie Doppler.

Le D^r Tony Mancini a présenté un cas d'ulcération du cartilage nasal chez un nourrisson, qui a finalement été diagnostiqué comme un signe de maltraitance. Un nouveau « signal d'alarme » que l'on doit garder à l'esprit, compte tenu de cas similaires rapportés dans la littérature.²

Implication des services de protection de l'enfance

La D^{re} Romy Cho du Hospital for Sick Children (SickKids) s'est courageusement attaquée à la question de savoir quand impliquer les services de protection de l'enfance en dermatologie pédiatrique. Elle a cité une étude récente qui propose diverses approches pour la prise en charge des enfants soupçonnés d'être victimes de maltraitance.³ En ce qui concerne les verrues anogénitales, il est actuellement difficile de différencier la transmission sexuelle de la transmission non sexuelle, étant donné que le virus peut demeurer à l'état latent pendant de nombreuses années. La révision actuelle déconseille le sous-typage du papillomavirus humain (VPH) ou l'ancienne limite d'âge de 5 ans comme déterminants de la probabilité de maltraitance.

La D^{re} Cho a ensuite discuté des facteurs importants à considérer lors de l'évaluation des photos dermatologiques, en soulignant l'importance d'une documentation exhaustive en temps opportun. Elle recommande de décrire les limites des photographies, en supposant qu'elles représentent le patient en question, de fournir une liste claire des diagnostics possibles et de préciser quand ou si une évaluation en personne est requise.

Traitements hormonaux

La D^{re} Andrea Zaenglin a passé en revue les traitements hormonaux systémiques chez les adolescents. Le moment idéal pour dépister le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) est de 2 à 3 ans après la ménarche. Le dépistage comprend la mesure des taux de testostérone totale et libre et de sulfate de déhydroépiandrostérone (DHEAS). Il convient de noter que le diagnostic chez les adolescentes se base sur la présence concomitante d'un hyperandrogénisme clinique et/ou biochimique accompagnée d'une oligoménorrhée persistante. Une échographie des ovaires ne fait pas partie des critères diagnostiques, car les ovaires multikystiques sont courants chez les adolescentes.⁴ Dans les cas probables de SOPK, les examens subséquents

comprennent les mesures de la glycémie à jeun et des profils lipidiques.

La spironolactone et les contraceptifs oraux représentent deux principaux traitements hormonaux pour les adolescents. L'innocuité et l'efficacité de la spironolactone ont été démontrées dans le traitement de l'acné chez les adolescents, généralement à des doses allant de 25 mg à 200 mg. De nombreux cliniciens préfèrent attendre que les règles soient établies avant de commencer ce traitement afin d'éviter toute interférence avec la détection des anomalies menstruelles. Toutefois, la D^{re} Zaenglin fait référence à une revue systémique qui n'a trouvé aucune perturbation hormonale causée par l'utilisation de la spironolactone.⁵

En ce qui concerne la prescription de contraceptifs oraux combinés, des doses d'œstrogènes de 20 µg ou moins pourraient avoir des effets négatifs sur la santé des os. Une détérioration de la densité osseuse est plus susceptible de se produire au cours des trois premières années après la ménarche. Des combinaisons de 30 µg d'éthinylœstradiol sont avec de la drospirénone, de la noréthindrone et du norgestrel (p. ex. Yasmin). Ces combinaisons sont associées à une diminution de 45 à 60 % de l'acné inflammatoire et comédonienne après environ 6 mois, similaire aux antibiotiques systémiques. À titre de rappel, un dépistage rapide des contre-indications peut être effectué en posant les cinq questions suivantes :⁶

1. Avez-vous, vous ou les membres de votre famille, des antécédents de caillots sanguins?
2. Souffrez-vous d'hypertension?
3. Souffrez-vous de migraines avec aura?
4. Souffrez-vous de lupus, d'une maladie du foie ou d'une maladie cardiaque?
5. Prenez-vous des médicaments antiépileptiques ou contre le VIH?

Les débats : bêta-bloquants, déclencheurs alimentaires de l'eczéma et vitiligo

Les D^{res} Elena Pope et Sarah Chamlin ont débattu la supériorité du nadolol par rapport au propranolol pour le traitement des hémangiomes infantiles. Les deux médicaments ont démontré des bienfaits importants dans le traitement des hémangiomes infantiles et sont bien tolérés. Parmi les principales différences, citons le coefficient de distribution dans le SNC (0,066 pour le nadolol et 20,2 pour le propranolol) et la demi-vie (plus longue pour le nadolol). Les docteurs ont discuté d'un essai contrôlé aléatoire qui a démontré la non-infériorité du nadolol par rapport au propranolol.⁷ Les troubles du sommeil sont plus fréquemment rapportés avec le propranolol, certains cas se réglant après le passage au nadolol. Bien que les déficits psychologiques ou d'apprentissage à long terme aient été abordés, aucune publication à ce jour n'a confirmé ces risques avec le propranolol. Les deux médicaments ont été associés à des cas de décès de nourrissons, un avec le nadolol et six avec le propranolol.

Les D^{rs} Jim Treat et Kashi Oza ont débattu de la question de savoir si l'alimentation peut déclencher l'eczéma. Le D^r Treat a suggéré que « les aliments ne causent pas de poussées... le fait de se gratter cause des poussées » et ajoute que des aliments peuvent favoriser le grattage, menant ainsi à des poussées. Le D^r Oza a cité une vaste étude aléatoire, contrôlée et à double insu qui a examiné l'impact des aliments ou des placebos testés chez les patients souffrant de dermatite atopique. L'étude a montré que la gravité de la dermatite atopique était en corrélation avec le taux de positivité des aliments testés.⁸ Toutefois, les patients dont le seul symptôme était la dermatite étaient tout aussi susceptibles de réagir au placebo qu'à l'aliment testé. Cela suggère que les symptômes classiques d'hypersensibilité de type 1 demeurent

Traitement médicamenteux	Effets indésirables possibles	Limites suggérées
EMLA	<ul style="list-style-type: none"> • Toxicité à la lidocaïne • Méthémoglobinémie • Crises d'épilepsie 	<ul style="list-style-type: none"> • 0 à 3 mois : Dose totale maximale de 1 g • 3 à 12 mois : > 5 kg : Dose totale maximale de 2 g • > 1 à 6 ans : 10 g au total > 100 cm²/> 4 heures • 7 à 12 ans : 20 g au total > 200 cm²/ >4 heures
DEET	<ul style="list-style-type: none"> • Encéphalopathie 	<ul style="list-style-type: none"> • 6 mois à <2 ans : 10 % une fois par jour • 2 à 12 ans : Dose totale maximale de 10 %, jusqu'à 3 fois par jour • > 12 ans : 30 %
Diphénhydramine	<ul style="list-style-type: none"> • Hémorragie (thymus, cœur, poumons), œdème cérébral 	<ul style="list-style-type: none"> • >2 years: 1-2 % topically TID-QID
Tatouage au henné	<ul style="list-style-type: none"> • Hémolyse chez les patients ayant une déficience en G6PD 	<ul style="list-style-type: none"> • À éviter chez les patients ayant une déficience en G6PD

Tableau 1. Médicaments topiques ayant un potentiel de toxicité dans les populations pédiatriques; adapté de la présentation du D^r. Larry Schachner à l'assemblée annuelle de la SPD de 2024

Abréviations : EMLA : mélange eutectique d'anesthésiques locaux, 2,5 % de lidocaïne et de prilocaïne; DEET : N,N-diéthyl-m-toluamide; G6PD : glucose-6-phosphate déshydrogénase; QID : 4 fois par jour; TID : 3 fois par jour

Traitement médicamenteux	Indication	Mises en garde / Commentaires
Clascoterone crème à 1 % (inhibiteur des récepteurs d'androgènes)	FDA/SC : 12 ans et plus 2 f.p.j. : acné simple (taux de réussite IGA de 19 à 21 % contre 7 à 9 % pour le placebo à la semaine 12)	Céphalées (1,3 %) * Suppression biochimique réversible de l'axe HHS dans 9 % des cas avec 4 à 6x la dose x 2 semaines
Ruxolitinib crème à 1,5 % (inhibiteur des JAK1/2, régulation négative du IL-4/13/31)	FDA/SC : 12 ans et plus 2 f.p.j. pour la dermatite atopique (taux de réussite IGA de 51 à 54 % à la semaine 8 contre 8 à 15 % pour le placebo)	Rhinopharyngite (3 %), bronchite, infection de l'oreille, urticaire, folliculite, diarrhée (toutes à 1 %)
Ruxolitinib 1.5% cream Ruxolitinib crème à 1,5% (inhibiteur des JAK1/2, régulation négative du IL-4/13/31)	FDA : 12 ans et plus 2 f.p.j. pour le vitiligo non segmentaire (VASI75 facial de 30 % après 24 semaines contre 8 à 13 % pour le placebo)	Acné au site d'application (6 %), prurit (5%)
Roflumilast crème à 0,3 % (inhibiteur du PDE4)	FDA/SC : 12 ans et plus une fois par jour pour le psoriasis en plaques, y compris dans les régions intertrigineuses (taux de réussite IGA de 37 à 42 % à la semaine 8 contre 6 à 7 % pour l'excipient)	Diarrhée (3,1 %), céphalées (2,4 %), insomnie (1,4 %), nausées (1,2 %)
Roflumilast mousse à 0,3 % (inhibiteur du PDE4)	FDA : 9 ans et plus une fois par jour pour la dermatite séborrhéique (taux de réussite IGA de 73 à 80 % à la semaine 8 contre 41 à 58 % pour l'excipient)	Rhinopharyngite (1,5 %), nausées (1,3 %) et céphalées (1,1 %)
Roflumilast crème à 0,15 % (inhibiteur du PDE4)	FDA : 6 ans et plus une fois par jour pour la dermatite atopique (taux de réussite IGA de 29 à 32 % à la semaine 4 contre 12 à 15 % pour le placebo)	Céphalées (2,9 %), nausées (1,9 %), douleur au site d'application (1,5 %), diarrhée (1,5 %), vomissements (1,5 %)
Berdazimer gel à 10,3 % (libération d'oxyde nitrique)	FDA : 1 an et plus une fois par jour x 12 semaines pour le molluscum (élimination complète de 37 % contre 20 % pour le placebo après 12 semaines)	Irritation localisée, démangeaisons, douleur, dermatite
Triterpène de bouleau gel à 10 % (Filsuvez)	FDA : 6 mois et plus : q 1 à 4 jours, EB dystrophique ou jonctionnelle	Réaction localisée, CSC signalé chez 4 adultes
Beremagene geperpavec (Vecteur HSV1 à base de collagène 7)	FDA : 6 mois et plus, chaque semaine, pour l'EB avec mutation du collagène 7	Doit être appliqué par un prestataire de soins de santé qualifié
Ritlecitinib (inhibiteur des JAK3/TEC)	FDA/SC : 12 ans et plus alopecie en aires grave, 50 mg par jour (SALT ≤20 pour 23 % à la semaine 24 contre 2 % pour le placebo)	Rhinopharyngite (10 %), céphalées (9 %), acné (9 %), nausées (9 %), infection des voies respiratoires supérieures (6 %)
Lebrikizumab (inhibiteur de l'IL-13)	SC : 12 ans et plus 40 kg : 500 mg aux semaines 0 à 2, puis 250 mg q 2 semaines jusqu'à la semaine 16, puis 250 mg q 4 semaines (environ 33 % avec IGA de 0 ou 1 après 16 semaines)	Rhinopharyngite (7,9 %), conjonctivite (5,8 %), réactions au site d'injection (4,5 %)
Spesolimab (inhibiteur du récepteur de l'IL-36)	FDA : 12 ans et plus BID pour le psoriasis pustuleux 1 dose IV +/- répéter 1 semaine plus tard, puis q 4 semaines par voie sous-cutanée (score de pustulation 0 pour 54 % à la semaine 1 contre 6 % pour le placebo)	Apparition rapide Pyrexie (6 %), infection urinaire (3 %), arthrite (3 %), lésions hépatiques d'origine médicamenteuse (3 %)

Tableau 2 . Nouveaux médicaments en dermatologie pédiatrique²⁰

Abréviations : 2 f.p.j. : deux fois par jour; EB : épidermolyse bulleuse; Facial VASI75 : amélioration de 75 % du score au Facial Vitiligo Area Scoring Index; FDA : Food and Drug Administration aux États-Unis; SC : Santé Canada; IGA : Investigator Global Assessment; IL : interleukine; IV : intraveineux; JAK : Janus kinase; PDE4 : phosphodiesterase 4; CSC : carcinome spinocellulaire; SALT : Severity of Alopecia Tool (outil pour mesurer la gravité de l'alopecie); TEC : carcinome hépatocellulaire exprimé par la tyrosine kinase

le meilleur indicateur d'une allergie alimentaire, bien qu'une poussée concomitante de dermatite puisse se manifester suite à une exposition.

Enfin, les D^{res} Nanette Silverberg et Leslie Castelo-Soccio ont discuté des approches agressives et conservatrices dans le traitement du vitiligo pédiatrique. Des recommandations récentes d'experts comprennent les stéroïdes topiques et les inhibiteurs de la calcineurine comme traitements de première intention.⁹ D'autres options « moins agressives » abordées comprennent les analogues de la vitamine D, le goudron de houille et les agents de camouflage. Quant à l'exposition à la lumière naturelle du soleil, la D^{re} Castelo recommande de commencer lentement, avec une exposition de 5 à 15 minutes en dehors des heures de fort ensoleillement, puis d'augmenter jusqu'à ce que la peau prenne une couleur rose (et non rouge) pour obtenir l'effet désiré. Les raisons proposées pour une approche plus agressive sont la prévention d'une déficience psychologique associée à la maladie active et le maintien d'un réservoir de mélanocytes. D'autres traitements topiques ont été abordés, notamment la crème de ruxolitinib. Des options systémiques hors indication utilisées en pédiatrie comprennent la minocycline à une dose de 100 mg par jour, la dexaméthasone à une dose de 2 à 2,5 mg deux jours consécutifs par semaine, le méthotrexate à faible dose et les inhibiteurs des Janus kinases (JAK), y compris le tofacitinib.

L'absorption topique en pédiatrie

Le D^r Larry Schachner a passé en revue les préoccupations associées à l'absorption topique des médicaments chez les patients pédiatriques. Il a également présenté des rapports de cas de toxicité attribuée à la lidocaïne, à la diphenhydramine, au henné et au *N,N*-diéthyl-*m*-toluamide (DEET) (**Tableau 1**). Il suggère des tubes de 5 g seulement et non de 30 g lors de la prescription d'un mélange eutectique d'anesthésiques locaux (EMLA).

Alopécie cicatricielle

La D^{re} Marissa Joseph a discuté d'une approche pour la prise en charge de l'alopecie cicatricielle chez les patients pédiatriques. Elle a présenté plusieurs conditions, dont l'alopecie cicatricielle centrifuge centrale (ACCC), le lupus discoïde, le lichen plan pileux et des apparitions tardives de traction, de trichotillomanie et de dermatophytoses. L'alopecie cicatricielle centrifuge centrale du vertex chez les adolescents ayant des antécédents familiaux d'ACCC devrait susciter une considération de ce diagnostic. Le recours à la dermoscopie pour identifier une

auréole péripilaire blanche/grise (représentant une fibrose caractéristique) chez ces patients peut aider à augmenter le rendement diagnostique d'une biopsie.¹⁰ La nature évolutive de l'ACCC souligne l'avantage d'une identification et d'un traitement précoces au moyen de puissants corticostéroïdes, d'un traitement de trois mois à la doxycycline (dans la phase inflammatoire) et des shampooings anti-séborrhéiques.

Médicaments nouveaux ou repositionnés

Plusieurs exposés ont fait état de l'élargissement des options pharmacologiques. Les médicaments récemment approuvés aux États-Unis sont présentés dans le **tableau 2**. Bien que seul un sous-ensemble soit actuellement approuvé par Santé Canada, d'autres ont fait l'objet d'une demande d'approbation.

La D^{re} Julie Schaffer a fourni un excellent aperçu des voies moléculaires et des traitements ciblés. Elle a discuté du selumetinib, un inhibiteur de la protéine kinase activée par le mitogène ou de la kinase liée aux signaux extracellulaire (MEK), approuvé pour les neurofibromes plexiformes chez les enfants de 2 ans et plus. Une étude a montré que l'utilisation du selumetinib était associée à une disparition importante des macules café au lait chez 3 patients sur 4 atteints de neurofibromes plexiformes concomitants.¹¹ Outre ses bienfaits, les toxicités dermatologiques prévalentes ont été examinées, notamment la xérose (plus courant chez les enfants prépubères), la paronychie et les éruptions acnéiformes (chez les patients plus âgés présentant des phototypes cutanés 2 et 3).¹² Le trametinib, un autre inhibiteur MEK, a été utilisé avec succès par voie topique deux fois par jour chez un nourrisson atteint du syndrome de Schimmelpenning-Feuerstein-Mims, avec une réduction de l'épaisseur et du prurit des nævus épidermiques et sébacés.¹³

Tests avec des produits biologiques

Dans le cadre d'une réunion d'experts, le D^r Steven Humphreys a présenté une nouvelle ligne directrice de consensus décrivant l'innocuité de l'administration de vaccins vivants aux patients prenant du dupilumab. Le consensus conclut qu'il convient d'envisager l'administration de vaccins vivants sans cesser la prise du dupilumab dans le cadre d'une prise de décision partagée, étant donné l'absence de preuves d'effets indésirables.¹⁴

Pour les patients présentant une réponse sous-optimale au dupilumab, nous avons été encouragés à envisager une mauvaise observance, une prise de poids par intervalle et des facteurs aggravants (dermatite de contact allergique secondaire, psoriasis artificiel et la formation d'anticorps anti-médicament).

L'augmentation de la dose de dupilumab (de 200 mg à 300 mg) peut être préférable à la réduction de l'intervalle pour les patients qui craignent les aiguilles. Pour ce qui est de l'arrêt du traitement, le Dr Siegfried a présenté des données sur des patients pédiatriques qui ont obtenu une rémission clinique (Investigator Global Assessment [IGA] 0/1 pendant 12 semaines) et qui ont ensuite arrêté de prendre le dupilumab. Dans le groupe des 6 à 11 ans, 60,3 % des 73 patients ont maintenu une IGA 0/1 12 semaines après l'arrêt du traitement. Dans le groupe des 12 à 18 ans, 43,3 % des 30 patients ont maintenu une IGA 0/1 12 semaines après l'arrêt du traitement.

D'autres conférenciers ont souligné les bienfaits fortuits du dupilumab, comme l'élimination de verrues filiformes diffuses chez une jeune fille et la suppression du prurigo actinique chez une fille de 7 ans.^{15,16} À l'inverse, des rapports de cas de folliculite démodée et de gale croûteuse survenues après le début de la prise du dupilumab ont également été présentés.^{17,18} Des commentaires provenant de l'auditoire ont souligné que la communauté observe davantage de cas de demodex et de gale chez les enfants et que ces affections cutanées doivent être prises en compte lors de l'initiation et de la surveillance des patients recevant du dupilumab.

Pediatric Dermatology Research Alliance (PeDRA)

Après avoir passé en revue les activités de la PeDRA, la Dr^e Lara-Corrales a présenté de nouvelles recommandations de consensus sur l'utilisation du méthotrexate chez les patients pédiatriques.¹⁹ Parmi les principaux points, citons l'absence de nécessité de doses tests, une dose maximale de 1 mg/kg par semaine (ou 25 mg), l'absence de contre-indications pour les vaccins vivants, l'innocuité des vaccins inactivés et les recommandations de maintenir le méthotrexate si les enzymes hépatiques sont ≥ 3 fois la limite supérieure de la normale pendant deux mois consécutifs et en cas d'infections systémiques. Dans les populations pédiatriques, le début de l'effet pour la dermatite atopique, le psoriasis et le lichen plan est de 8 à 12 semaines, par rapport à 12 à 16 semaines pour l'alopécie en aires et la morphee. Enfin, une supplémentation en acide folique de 1 mg/jour est recommandée les jours sans méthotrexate, contrairement à la dose conventionnelle de 5 mg pour les adultes.

D'autres présentations ont porté sur les erreurs médicales par Donald Redelmeier, la désinformation par Timothy Caulfield et les cas de l'année. Pour les personnes intéressées, les enregistrements seront disponibles à la vente en août 2024. De plus, le 15^e

congrès mondial de dermatologie pédiatrique se tiendra à Buenos Aires du 11 au 15 avril 2025, tandis que la 50^e conférence annuelle de la SPD aura lieu à Seattle du 23 au 26 juillet 2025.

Coordonnées

Cathryn Sibbald, M.D., M.Sc., FRCPC
Courriel : cathryn.sibbald@sickkids.ca

Divulgence de renseignements financiers

La Dr^e Cathryn Sibbald a reçu des honoraires de Abbvie, Arcutis, Eli Lilly, Incyte, Leo Pharma, Novartis, Pfizer, Sanofi et UCB.

Références

1. Metry D, Copp HL, Rialon KL, Iacobas I, Baselga E, Dobyns WB, et al. Delphi Consensus on diagnostic criteria for LUMBAR syndrome. *J Pediatr.* 2024;272:114101. doi:10.1016/j.jpeds.2024.114101
2. Swonke ML, Smith SA, Ohlstein JF, Siddiqui F, Szeremeta W, Pine HS. Unexplained destructive nasal lesions in half-brothers: a possible case of Munchausen syndrome by proxy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2019;123:75-78. doi:10.1016/j.ijporl.2019.04.029
3. Kellogg ND, Farst KJ, Adams JA. Interpretation of medical findings in suspected child sexual abuse: an update for 2023. *Child Abuse Negl.* 2023;145:106283. doi:10.1016/j.chiabu.2023.106283
4. Kostopoulou E, Anagnostis P, Bosdou JK, Spiliotis BE, Goulis DG. Polycystic ovary syndrome in adolescents: pitfalls in diagnosis and management. *Curr Obes Rep.* 2020;9(3):193-203. doi:10.1007/s13679-020-00388-9
5. Bhatti S, Hussain S, Zaenglein A. Safety of sprionolactone use in children and adolescents: a systematic review. The 8th Annual Pediatric Dermatology Research Alliance (PeDRA) Meeting; October 22-23, 2020; Virtual2020.
6. Powell A. Choosing the right oral contraceptive pill for teens. *Pediatr Clin North Am.* 2017;64(2):343-358. doi:10.1016/j.pcl.2016.11.005
7. Pope E, Lara-Corrales I, Sibbald C, Liy-Wong C, Kanigsberg N, Drolet B, et al. Noninferiority and safety of nadolol vs propranolol in infants with infantile hemangioma: a randomized clinical trial. *JAMA Pediatr.* 2022;176(1):34-41. doi:10.1001/jamapediatrics.2021.4565
8. Roerdink EM, Flokstra-de Blok BM, Blok JL, Schuttelaar ML, Niggemann B, Werfel T, et al. Association of food allergy and atopic dermatitis exacerbations. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2016;116(4):334-338. doi:10.1016/j.anai.2016.01.022
9. Renert-Yuval Y, Ezzedine K, Grimes P, Rosmarin D, Eichenfield LF, Castelo-Soccio L, et al. Expert recommendations on use of topical therapeutics for vitiligo in pediatric, adolescent, and young adult patients. *JAMA Dermatol.* 2024;160(4):453-461. doi:10.1001/jamadermatol.2024.0021
10. Herskovitz I, Miteva M. Central centrifugal cicatricial alopecia: challenges and solutions. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2016;9:175-181. doi:10.2147/ccid.S100816
11. Guo YX, Wang HX, Wang SS, Croitoru D, Piguet V, Gao XH, et al. Treatment with selumetinib for Café-au-Lait macules and plexiform neurofibroma in pediatric patients with Neurofibromatosis Type 1. *JAMA Dermatol.* 2024;160(3):366-368. doi:10.1001/jamadermatol.2023.5338

12. Borgia P, Piccolo G, Santangelo A, Chelleri C, Viglizzo G, Occella C, et al. Dermatologic effects of selumetinib in pediatric patients with Neurofibromatosis Type 1: clinical challenges and therapeutic management. *J Clin Med*. 2024;13(6). doi:10.3390/jcm13061792
13. Haller CN, Leszczynska MA, Brichta L, Maier E, Riddington IM, Choate KA, et al. Topical trametinib for epidermal and sebaceous nevi in a child with Schimmelpenning-Feuerstein-Mims syndrome. *Pediatr Dermatol*. 2024;41(3):523-525. doi:10.1111/pde.15523
14. Lieberman JA, Chu DK, Ahmed T, Dribin TE, Abrams EM, Anagnostou A, et al. A systematic review and expert Delphi Consensus recommendation on the use of vaccines in patients receiving dupilumab: a position paper of the American College of Allergy, Asthma and Immunology. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2024. doi:10.1016/j.anaai.2024.05.014
15. Eickstaedt JB, Starke S, Krakora D, Hinshaw M, Arkin LM. Clearance of pediatric actinic prurigo with dupilumab. *Pediatr Dermatol*. 2020;37(6):1176-1178. doi:10.1111/pde.14311
16. Netravali IA, Sockler PG, Heimall J, Treat JR. Rapid resolution of diffuse warts following initiation of dupilumab for severe atopic dermatitis. *Pediatr Dermatol*. 2024;41(2):275-278. doi:10.1111/pde.15414
17. Rodriguez-Lago L, Borrego L. Norwegian Scabies in an atopic patient under dupilumab treatment. *Dermatitis*. 2022;33(5):e54-e55. doi:10.1097/der.0000000000000926
18. Krakowski AC, Senft SC, Heymann WR. Demodex Folliculitis and recent dupilumab administration. *Pediatrics*. 2021;147(5). doi:10.1542/peds.2020-029520
19. Siegfried EC, Arkin LM, Chiu YE, Hebert AA, Callen JP, Castelo-Soccio L, et al. Methotrexate for inflammatory skin disease in pediatric patients: consensus treatment guidelines. *Pediatr Dermatol*. 2023;40(5):789-808. doi:10.1111/pde.15327
20. CenterWatch. FDA Approved Drugs. Princeton, NJ: WCG Company; 2024 [Accessed 28 July 2024] Available from: <https://www.centerwatch.com/directories/1067-fda-approved-drugs>.