

Adorable poupon avec peau imparfaite

Johanne Frégeau et Myriam Champagne

La dermatologie a toujours été votre bête noire. Et les problèmes cutanés chez les nourrissons vous hantent particulièrement, car les parents ont besoin d'être rassurés. Êtes-vous en mesure de leur préciser le diagnostic, le traitement et le pronostic ? Devez-vous orienter les poupons en dermatologie ? Mettez vos connaissances à l'épreuve sur les taches brunes, les taches rouges et les boutons que l'on observe fréquemment chez nos petits patients !

Évaluer et traiter les lésions vasculaires du nouveau-né

De nombreux poupons viennent au monde avec diverses lésions vasculaires tandis que d'autres les voient apparaître tôt dans la petite enfance. Ces lésions se divisent en deux catégories : les tumeurs bénignes et les malformations. Les hémangiomes, les plus répandus de la première catégorie, sont marqués par une prolifération anormale des cellules endothéliales. Les malformations vasculaires, quant à elles, sont caractérisées par une prolifération normale des cellules endométriales¹.

La D^{re} Johanne Frégeau, médecin de famille, exerce au Département de périnatalité et de médecine hospitalière du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) ainsi qu'à la Clinique de santé Jacques-Cartier de Sherbrooke. Elle est aussi professeure d'enseignement clinique au CHUS. La D^{re} Myriam Champagne, médecin de famille, exerce également au Département de périnatalité du CHUS ainsi qu'au CSSS-IUGS et est professeure au Département de médecine de famille de l'Université de Sherbrooke.

Question 1.

Un nourrisson de 14 jours présente une rougeur sur la paupière (photo 1)². Quel est votre diagnostic ?

- a) Tache saumonée
- b) Hémangiome
- c) Nævus flammeus
- d) Syndrome de Sturge-Weber
- e) Traumatisme à la naissance

Photo 1.

Source : Chung EK, Boom JA, Datto GA et coll. *Visual Diagnosis in Pediatrics*. 1^{re} éd. Philadelphie : Lippincott Williams & Wilkins ; 2006. Reproduction autorisée.

Reproduction
de la photo
non autorisée
pour la version
électronique

Question 2.

Devez-vous faire une évaluation plus poussée de cette lésion ? Devez-vous diriger le bébé vers des spécialistes ?

- a) Aucun examen supplémentaire n'est nécessaire.
- b) Une évaluation plus poussée devra être faite seulement si le volume de la lésion augmente.
- c) Une orientation en dermatologie est essentielle.
- d) Une orientation en ophtalmologie et en dermatologie s'impose.
- e) Le nourrisson doit subir un examen d'imagerie par résonance magnétique de la région orbitaire.

Ce nourrisson présente un hémangiome de la paupière. Même de petite taille, cette lésion mérite une attention particulière. En effet, une évaluation en ophtalmologie est essentielle en raison d'une possible atteinte de la vision lors de la croissance de l'hémangiome. L'ophtalmologiste décidera de la pertinence d'évaluer davantage la lésion à la lumière de son examen clinique. L'avis d'un dermatologue sera fort utile pour connaître les traitements à proposer, que nous aborderons ultérieurement dans l'article^{1,3,4}.

Question 3.

Les parents du petit Thomas, 4 semaines, amènent leur fils en consultation, car ils ont noté une rougeur dans le bas de son dos. Le volume de la tache augmente, et ça les inquiète. À l'examen, vous diagnostiquez un hémangiome lombosacré. Vous savez que cette lésion va continuer de grossir et vous êtes préoccupé par son emplacement. Devez-vous évaluer davantage ce type de lésion ? Si oui, comment ?

- a) Aucune évaluation supplémentaire n'est nécessaire.
- b) Vous devez prescrire au bébé une échographie de la région lombaire.
- c) Un examen d'imagerie par résonance magnétique de la région lombaire s'impose.
- d) Vous devez faire subir au nourrisson un Doppler artériel.

Les hémangiomes segmentaires lombaires peuvent être associés à une myélopathie ainsi qu'à des anomalies spinales, génito-urinaires ou anorectales. Une échographie peut être faite peu de temps après la naissance, et un examen d'imagerie par résonance magnétique, dans les quatre à six mois ou dès que des signes neurologiques sont détectés^{1,3,4}.

Question 4.

Un confrère vous demande votre avis sur la lésion faciale de ce poupon (photo 2)⁵. Des examens paracliniques supplémentaires sont-ils nécessaires ? Si oui, lesquels ? (Choisissez une ou plusieurs réponses)

- a) Aucun examen paraclinique supplémentaire n'est nécessaire.
- b) Des examens supplémentaires s'imposent seulement en présence de signes cliniques associés.
- c) Le nourrisson doit subir un examen d'imagerie par résonance magnétique de la tête et du cou.
- d) Une angiographie de la tête et du cou doit être pratiquée pour éliminer la présence d'anomalies vasculaires.
- e) Des tests audiométriques sont nécessaires.



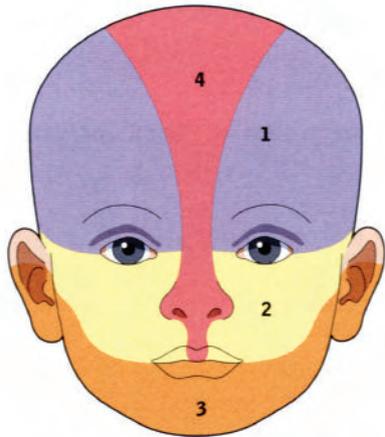
Photo 2. Hémangiome facial

Source : Taïeb A, Enjolras O, Vabres P et coll. *Dermatologie néonatale*. Paris : Maloine ; 2009. Reproduction autorisée.

Vous êtes très inquiet, car l'important hémangiome facial vous porte à croire que ce poupon pourrait souffrir d'un syndrome de PHACE. Ce dernier est défini par la présence d'un large hémangiome segmentaire au visage ou à la tête associé à plusieurs malformations, que ce soit des anomalies structurelles ou vasculaires du cerveau. Même un nouveau-né sans symptômes doit subir une angiographie et un examen d'imagerie par résonance magnétique de la tête et du cou, car le risque d'anomalies vasculaires et le potentiel d'accident vasculaire cérébral sont élevés. Il devra également passer un examen d'imagerie de l'aorte à la recherche de malformations. Ce nouveau-né devra subir une évaluation cutanée, oph-

Figure

Les quatre aires (S1, S2, S3, S4) que suivent les hémangiomes segmentaires du visage



Source : Taïeb A, Enjolras O, Vabres P et coll. *Dermatologie néonatale*. Paris : Maloine ; 2009. Reproduction autorisée.

talmologique, cardiaque et neurologique. Lorsqu'il y a invasion de la région auriculaire ou périauriculaire, une évaluation auditive doit aussi avoir lieu^{1,3,4}.

Les hémangiomes et leurs traitements

Les hémangiomes, souvent absents ou pâles à la naissance, apparaissent ou deviennent plus foncés dans les jours ou les semaines suivantes. Dans la plupart des cas, il s'agit d'hémangiomes superficiels (anciennement appelés hémangiomes capillaires ou « fraise »). Les hémangiomes profonds (nommés auparavant « hémangiomes caverneux ») sont peu communs. Quant aux hémangiomes mixtes, ils sont relativement fréquents et contiennent des composantes de l'hémangiome superficiel et de l'hémangiome profond.

Ces tumeurs vasculaires bénignes peuvent être localisées, segmentaires ou multiples. La majorité d'entre elles ne nécessite aucun traitement. En effet, après une période de croissance rapide, ils subissent généralement une involution lente. Ainsi, près de 90 % auront disparu à l'âge de 9 ans. Cependant, certains hémangiomes méritent notre attention que ce soit en raison de leur emplacement, de leur taille, du risque d'ulcération ou de l'association possible avec des anomalies congénitales (plus souvent dans le cas des hémangiomes segmentaires). Différentes classifications existent pour les hémangiomes segmentaires du visage, dont la classification classique du nerf trijumeau (V1,

V2 et V3) ou celle de Haggstrom et Frieden (S1, S2, S3, et S4) (figure)⁵. Par ailleurs, chez l'enfant présentant des hémangiomes multiples à distribution segmentaire dans la zone de la barbe (S3), il faut assurer un suivi afin de déceler un envahissement des voies respiratoires.

Il faut toujours évaluer les risques et les avantages d'un traitement. Les patients chez qui une intervention est envisagée doivent être orientés le plus tôt possible en dermatologie pédiatrique. La vincristine et l'interféron sont utilisés dans les cas graves et ne répondant pas aux corticostéroïdes par voie orale ni au propranolol. Le recours à l'intervention chirurgicale est très rare tandis que l'embolisation est réservée aux lésions importantes pour lesquelles les autres traitements n'ont pas donné de résultats^{1,3,4,6}.

Les malformations vasculaires

Question 5.

Vous venez de mettre au monde un bébé en bonne santé. En l'examinant, votre stagiaire remarque une tache à l'occiput (photo 3)⁷. Il vous demande quelles en sont les causes, le traitement et le pronostic. Laquelle des réponses suivantes est la bonne ?

- a) *Il s'agit d'un naevus simplex qui ne nécessite aucun traitement, car il disparaîtra spontanément dans les prochains jours.*
- b) *Il s'agit d'un naevus simplex qui ne nécessite aucun traitement, car il disparaîtra dans les prochains mois.*
- c) *Il s'agit d'un naevus simplex qui peut être traité par le laser si les parents le souhaitent. Il persistera toute la vie en l'absence de traitement.*
- d) *Il s'agit d'une tache de vin qui peut devenir plus foncée avec le temps et qui se traite par le laser.*



Photo 3.
Source : Zitelli BJ, Davis HW. *Atlas of Pediatric Physical Diagnosis*. 1^{re} éd. Saint-Louis, New York : Mosby ; 1987. p. 8.4-8.7. Reproduction autorisée.

Vous avez hâte de lui transmettre votre savoir sur cette fameuse tache. Notre bébé présente un nævus simplex, aussi appelé tache maculaire, tache saumonée ou « angel kiss ». De telles malformations vasculaires touchent de 40 % à 60 % des nouveau-nés. On les trouve fréquemment sur les paupières, la glabella ainsi que dans le cou, mais aussi sur le cuir chevelu, le nez, les lèvres ou dans le dos. La majorité vont tranquillement s'atténuer au bout d'un à deux ans. Cependant, certaines lésions, principalement celles du cou ou de la glabella, peuvent persister toute la vie. Elles n'auront toutefois aucune conséquence et ne nécessitent donc aucun traitement. Lorsque le nævus simplex est situé dans la région lombaire et qu'il est accompagné d'une autre anomalie (sinus dermique, hypertrichose ou lipome), le médecin doit chercher la présence d'une dysraphie médullaire^{1,6}.

Question 6.

Le poupon que vous venez de mettre au monde inquiète ses parents, car il a une tache sur le visage (photo 4)⁷. Quelle information sur ce nævus flammeus est juste ?

- Le nævus flammeus est une lésion vasculaire bénigne qui ne nécessite pas d'examen supplémentaires.*
- Il s'agit d'une lésion bénigne, mais qui nécessite d'autres examens en raison de son emplacement.*
- La majorité des lésions vont pâlir avec le temps.*
- Aucun traitement n'est suggéré.*



Photo 4. Nævus flammeus

Source : Zitelli BJ, Davis HW. *Atlas of Pediatric Physical Diagnosis*. 1^{re} éd. Saint-Louis, New York : Mosby ; 1987. p. 8.4-8.7. Reproduction autorisée.

Le nævus flammeus, aussi appelé tache de vin ou angiome plan, est une malformation capillaire que l'on trouve chez de 0,1 % à 0,3 % des nouveau-nés. Unilatéral dans la majorité des cas, il devient plus foncé avec l'âge. Une évaluation plus poussée n'est habituellement pas indiquée. Cependant, lorsque le poupon présente une tache de vin qui occupe le territoire complet du dermatome V1, qu'il y a une atteinte de la paupière, que de multiples dermatomes sont touchés (V1, V2 et V3) ou que la lésion est bilatérale, il est impératif de rechercher un syndrome de Sturge-Weber. Ce rare syndrome associe des malformations leptoméningées à des problèmes oculaires et neurologiques, notamment à des convulsions, à une hémiparésie ainsi qu'à un retard cognitif. Le traitement des « taches de vin » se fait par le laser pulsé et est efficace. Il peut y avoir une récurrence dans les années qui suivent, mais les « nouvelles » lésions sont généralement plus pâles que la lésion initiale^{1,6,7}.

Question 7.

Le nouveau-né que vous venez de mettre au monde présente un cutis marmorata telangiectasia congenita (aussi appelé livedo congénital reticularis ou nævus vascularis reticularis (photo 5)⁵. Parmi les affirmations suivantes sur cette anomalie congénitale, lesquelles sont vraies ?

- Accentué par le froid, il se résout avec le réchauffement.*
- Accentué par le froid, il ne se résout pas avec le réchauffement.*
- Il peut être associé à des ulcérations cutanées.*
- Il comporte des lésions bilatérales.*
- Il se traite par le laser.*



Photo 5. Cutis marmorata telangiectasia congenita

Source : Taïeb A, Enjolras O, Vabres P et coll. *Dermatologie néonatale*. Paris : Maloine ; 2009. Reproduction autorisée.

Vous devez différencier le *cutis marmorata telangiectasia congenita* du *cutis marmorata* seul. En effet, le premier est une anomalie vasculaire, généralisée ou localisée, qui touche les membres dans plus de 60 % des cas. Tout comme le *cutis marmorata*, il est accentué par le froid. Toutefois, contrairement à ce dernier, il ne se résout pas avec le réchauffement. Il peut aussi être associé à une atrophie et à des ulcérations cutanées. Le pronostic est habituellement favorable, car il pâlit ou disparaît spontanément dans la majorité des cas au cours des deux premières années de vie. Par ailleurs, il peut s'accompagner d'autres anomalies, notamment d'une asymétrie des membres^{1,6}.

La majorité des lésions vasculaires sont bénignes et ne nécessitent aucun examen paraclinique supplémentaire. Cependant, les lésions vasculaires étendues du visage et de la colonne lombaire ainsi que les hémangiomes des paupières exigent une évaluation plus poussée.

Des lésions vésiculo-pustuleuses infectieuses ou bénignes

Les éruptions vésiculo-pustuleuses (*photo 6*)⁵ peuvent représenter une affection bénigne sans conséquence chez le nouveau-né, mais peuvent également être la manifestation d'une infection néonatale. Comment s'y retrouver ?



Photo 6. Pustulose céphalique bénigne
Source : Taïeb A, Enjolras O, Vabres P et coll. *Dermatologie néonatale*. Paris : Maloine ; 2009. Reproduction autorisée.

Question 8.

Quel est votre diagnostic chez ce merveilleux petit garçon de 6 jours en bonne santé, né à terme et ne présentant aucun autre symptôme que des lésions vésiculo-pustuleuses (*photo 7*)⁵ ?

- a) Herpès néonatal
- b) Varicelle néonatale
- c) Érythème toxique du nouveau-né
- d) Mélanose pustuleuse transitoire
- e) Pustulose à staphylocoque



Photo 7.
Source : Taïeb A, Enjolras O, Vabres P et coll. *Dermatologie néonatale*. Paris : Maloine ; 2009. Reproduction autorisée.

Ce bébé présente un érythème toxique du nouveau-né. Le diagnostic aurait-il été le même si la mère avait eu la varicelle une semaine avant la naissance ?

En cas d'éruption vésiculo-pustuleuse chez un nouveau-né, le contexte d'apparition et les antécédents infectieux de la mère seront fort utiles pour poser le diagnostic. Ainsi, une varicelle néonatale pourra être soupçonnée si la mère a été atteinte de varicelle dans les cinq jours précédant son accouchement ou dans les deux jours suivants^{8,9}. De plus, bien qu'une césarienne soit pratiquée lorsque la mère présente des lésions d'herpès génital actives, un contexte de rupture

La majorité des lésions vasculaires sont bénignes et ne nécessitent aucun examen paraclinique supplémentaire. Cependant, les lésions vasculaires étendues du visage et de la colonne lombaire ainsi que les hémangiomes des paupières exigent une évaluation plus poussée.

Tableau

Lésions vésiculo-pustuleuses communes du nouveau-né^{5,7-9}

Affection	Prévalence	Cause et facteur prédisposant	Type de lésions
Érythème toxique du nouveau-né (photo 7)	50 % des nouveau-nés à terme	Inconnu	Papules irrégulières sur fond érythémateux
Pustulose céphalique bénigne (confondue avec acné néonatale) (photo 6)	Élevée	Levures, telles que <i>Malassezia furfur</i>	Papules et pustules monomorphes
Herpès néonatal (photo 8)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 cas sur 2000 à 5000 • Transmission : 30 %–50 % en cas de primo-infection maternelle • Moins de 3 % en cas de récurrence 	Contact avec lésions actives lors de l'accouchement ou transmission rétrograde en cas de rupture prolongée des membranes	<ul style="list-style-type: none"> • Vésicules claires groupées de 2 mm à 4 mm sur fond érythémateux • Évolution vers des croûtes et érosions
Infection cutanée à staphylocoque (dont le staphylocoque résistant à la méthicilline-SARM d'origine extrahospitalière)	Prévalence croissante des formes résistantes en Amérique du Nord	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatisme cutané • Pour les cas de SARM d'origine extrahospitalière : infection maternelle à SARM d'origine extrahospitalière 	<ul style="list-style-type: none"> • Pustules et bulles • Vésicules occasionnelles • Évolution vers des lésions croûtées



des membranes s'étant produite plus de quatre heures avant la naissance pourra prédisposer le bébé à l'infection. L'herpès (photo 8)⁵ et la varicelle néonatale sont à distinguer de leur forme congénitale, c'est-à-dire mettant en cause une primo-infection plus tôt dans la grossesse et une atteinte marquée autre que cutanée. Lorsque le tableau est incertain ou que les lésions sont aty-

Photo 8. Herpès néonatal

Source : Taïeb A, Enjolras O, Vabres P et coll. *Dermatologie néonatale*. Paris : Maloine ; 2009. Reproduction autorisée.

Emplacement	Moment de l'apparition	Traitement	Pronostic
<ul style="list-style-type: none"> ☉ Visage ☉ Tronc ☉ Membres ☉ Absence sur la plante des pieds et la paume des mains 	<ul style="list-style-type: none"> ☉ De la naissance à 24 heures de vie ☉ Rare après 2 semaines de vie 	Aucun	Affection bénigne, résolution en quelques jours
<ul style="list-style-type: none"> ☉ Visage ☉ Cuir chevelu et thorax à l'occasion 	Début 2-3 sem. de vie	Antifongique de type azole	Affection bénigne, résolution en quelques semaines ou quelques mois
Début des lésions selon la présentation du nouveau-né à l'accouchement (souvent cuir chevelu, très fréquemment avec extension par la suite)	Apparition avant 2 sem. de vie (habituellement 6-13 jours)	Acyclovir par voie intraveineuse	Mortalité de 35 % à 50 % en l'absence de traitement
Début plus fréquent dans les régions périombilicale et fessière	De quelques jours à quelques semaines après la naissance	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Peu d'études chez les nouveau-nés de moins de 30 jours ☉ Antibiotique topique en cas d'infection superficielle (pustulose isolée) ☉ Antibiothérapie par voie générale en cas d'infection plus importante, de symptômes généraux ou d'absence de réponse au traitement habituel 	

priques, des cultures virales et parfois bactériennes pourront aider. Il est à noter que les sérologies virales de l'herpès et de la varicelle chez le bébé seront peu utiles, en raison de la transmission possible des anticorps maternels.

Bien sûr, il existe un éventail de diagnostics différen-

tiels complexes et multiples pour ce genre de lésions cutanées. Le *tableau*^{5,7-9} pourra vous aider à différencier certaines éruptions vésiculo-pustuleuses^{5,8-10}.

Il est essentiel de connaître le déroulement détaillé de la grossesse, de la période anténatale et de l'accouchement.

En cas d'éruption vésiculo-pustuleuse chez un nouveau-né, le contexte d'apparition et les antécédents infectieux de la mère seront fort utiles pour poser le diagnostic. Il est essentiel de connaître le déroulement détaillé de la grossesse, de la période anténatale et de l'accouchement.

Et maintenant, quelques taches « brunes »

Question 9.

Charlie, un bébé en bonne santé, présente une lésion unique de 4 cm sur le pied (photo 9)². Quel est votre diagnostic ? Devez-vous faire d'autres examens ?

- a) Mélanome
- b) Tache café au lait
- c) Tache mongoloïde
- d) Nævus mélanocytaire
- e) Nævus sébacé

Reproduction
de la photo non autorisée
pour la version électronique

Photo 9.

Source : Chung EK, Boom JA, Datto GA et coll. *Visual Diagnosis in Pediatrics*. 1^{re} éd. Philadelphie : Lippincott Williams & Wilkins ; 2006. Reproduction autorisée.

Charlie présente un nævus mélanocytaire moyen. Ce type de nævus constitue une prolifération bénigne de mélanocytes et est classé selon la taille de ces derniers à la naissance et leur emplacement.

Le petit nævus mesure moins de 1,5 cm et ne nécessite aucun suivi particulier, car le risque de transformation maligne est le même que pour la peau normale¹¹.

Le nævus moyen, qui varie de 1,5 cm à 20 cm, comporte un risque légèrement plus élevé (< 1 %) de transformation maligne. Il nécessite donc un suivi annuel. Si les nævus sont nombreux ou axiaux, il existe un risque de mélanose leptoméningée. Un examen d'IRM doit donc être fait¹¹.

Le nævus mélanocytaire géant (photo 10)⁷ mesure plus de 20 cm. Le nouveau-né qui en est atteint doit



Photo 10. Nævus mélanocytaire géant

Source : Zitelli BJ, Davis HW. *Atlas of Pediatric Physical Diagnosis*. 1^{re} éd. Saint-Louis, New York : Mosby ; 1987. p. 8.4-8.7. Reproduction autorisée.

toujours être orienté en dermatologie, car le risque de transformation maligne est de 5 % à 10 %. Un examen d'IRM doit être pratiqué, puisque le risque de mélanose leptoméningée grimpe alors à 5 %¹¹.

Question 10.

Notre petit Jérémie présente des lésions de type café au lait (photo 11)⁵ dès sa naissance. Quel suivi proposez-vous aux parents ?

- a) Aucun suivi particulier
- b) Observation avec suivi annuel
- c) Recherche des indices d'une maladie générale
- d) Orientation en dermatologie le plus tôt possible



Photo 11. Taches café au lait

Source : Taïeb A, Enjolras O, Vabres P et coll. *Dermatologie néonatale*. Paris : Maloine ; 2009. Reproduction autorisée.

Le nourrisson ayant un nævus mélanocytaire de plus de 1,5 cm a besoin d'un suivi particulier, tout comme celui chez qui on compte plus de trois taches café au lait.

Repère

Un nouveau-né qui présente plus de trois taches café au lait a besoin d'un suivi particulier afin que l'on puisse détecter l'apparition d'indices de maladies générales, principalement la neurofibromatose de type 1 ou maladie de Von Recklinghausen. S'il a trois lésions ou moins, on ne doit pas s'inquiéter, mais il faut surveiller l'apparition de nouvelles lésions¹¹.

EN PRÉSENCE D'UNE LÉSION ou d'une éruption cutanée chez un nouveau-né, il importe tout d'abord de la classer afin d'orienter le diagnostic. La prise en charge dépendra du type de lésion, de son emplacement et de la possibilité d'une maladie concomitante. Bref, pas de panique! Prenez le temps d'analyser la situation et rappelez-vous qu'une image vaut mille mots! 📷

Date de réception : le 19 juillet 2011

Date d'acceptation : le 23 août 2011

Les D^{res} Johanne Fréreau et Myriam Champagne n'ont déclaré aucun intérêt conflictuel.

Summary

Adorable infant with blemished skin. Many different skin lesions may sometimes be present in the newborn. Among them are vascular lesions, which are divided in two categories: benign tumours, including haemangiomas, and vascular anomalies such as naevus flammeus. Whether treatment and investigation are necessary will depend on the site and size of the lesion, but naevus flammeus and certain haemangiomas on the newborn's face must evoke the possibility of an underlying syndrome. As for vesicular and pustular rashes, prenatal and postnatal infectious history, general health of the infant as well as site of lesions, they will help establish diagnosis. Lastly, hyperpigmented lesions must be evaluated according to their size, number and site. A medium-sized melanocytic nevus will require an annual follow-up and a giant one will be referred to a dermatologist. In all cases, it is important to take time to analyse the situation and remember that a picture is worth a thousand words!

Bibliographie

1. Pielop J. Vascular lesions in the newborn. *UpToDate* Version 19.1 : janvier 2011. Site Internet : www.uptodate.com (Date de consultation : le 4 juin 2011).
2. Chung EK, Boom JA, Datto GA et coll. *Visual Diagnosis in Pediatrics*. 1^{re} éd. Philadelphie : Lippincott Williams & Wilkins ; 2006.
3. Metry D. Management of infantile hemangiomas. *UpToDate* Version 19.1 : janvier 2011. Site Internet : www.uptodate.com (Date de consultation : le 17 juin 2011).
4. Metry D. Evaluation and diagnosis of infantile hemangiomas. *UpToDate* Version 19.1 : janvier 2011. Site Internet : www.uptodate.com (Date de consultation : le 13 juin 2011).
5. Taïeb A, Enjolras O, Vabres P et coll. *Dermatologie néonatale*. Paris : Maloine ; 2009.
6. Kelly K. Laser and light therapy for cutaneous vascular lesions. *UpToDate* Version 19.1 : janvier 2011. Site Internet : www.uptodate.com (Date de consultation : le 20 juin 2011).
7. Zitelli BJ, Davis HW. *Atlas of Pediatric Physical Diagnosis*. 1^{re} éd. Saint-Louis, New York : Mosby ; 1987. p. 8.4-8.7.
8. Pielop J. Vesiculo-bullous and pustular lesions in the newborn. *UpToDate* Version 19.1 : janvier 2011. Site Internet : www.uptodate.com (Date de consultation : le 2 juin 2011).
9. Kaplan S. Evaluation and management of suspected methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* skin and soft tissues infections in children. Site Internet : www.uptodate.com (Date de consultation : le 4 novembre 2010).
10. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. *Dermatology*. 2^e éd. Saint-Louis : Mosby ; 2008.
11. Hanna D. Conférence *Dermatologie pédiatrique – Cas cliniques et discussion*. Novembre 2008 ; Sherbrooke.



La gériatrie

9 et 10 février 2012

Hôtel Delta Québec, Québec

Inscrivez-vous avant le 27 janvier 2012!

Pour informations : congrès@fmoq.org

