

ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES



**LES HÉMANGIOMES CUTANÉS:
EXPÉRIENCE DU CHU HASSAN II DE FÈS
A PROPOS DE 44 CAS**

**MEMOIRE POUR L'OBTENTION DE DIPLOME DE SPECIALITE
EN DERMATOLOGIE- VÉNÉRÉOLOGIE**

Présenté par:
Docteur RHIZLANE IDRISSI

Encadré par : Pr. MIKOU OUAF AE
Pr. MEZIANE MERIEM

Juillet 2009

A tous mes maitres,

Vous avez guidé nos pas et illuminé notre chemin vers le
savoir,

Vous nous avez prodigués avec patience et indulgence infinie,

vos précieux conseils,

Votre compétence, votre modestie et votre disponibilité sont au
dessus de toute admiration.

Pour ce don inestimable, nous vous restons a jamais

reconnaisants, sincèrement respectueux et toujours disciples

et dévoués,

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	3
OBJECTIFS DU TRAVAIL	5
GENERALITES	7
PATIENT ET METHODES	9
RESULTATS	13
SEXE	14
AGE	14
PHOTOTYPE	15
PREMATURITE.....	15
MALFORMATIONS ASSOCIEES	15
DEBUT	15
MODE DE DEVELOPPEMENT.....	15
FORME	16
LOCALISATIONS.....	16
TAILLE	17
NOMBRE	18
BILAN	18
STADE EVOLUTIF	18
ASPECT HISTOLOGIQUE	18
COMPLICATIONS.....	18
PREJUDICE.....	19
TRAITEMENT	19
SURVEILLANCE	19
 DISCUSSION	 27
CONCLUSION.....	41
REFERENCES.....	43
RESUME	53

INTRODUCTION

Les anomalies d'origine vasculaire forment un ensemble pathologique complexe. L'une des grandes difficultés de leur étude a longtemps été la confusion des terminologies employées. La classification élaborée par L'ISSVA (International Society for the Study of Vascular Anomalies) permet d'avoir un langage scientifique commun. Cette classification est basée sur des critères cliniques, radiologiques, hémodynamiques et histologiques. Elle individualise deux groupes de lésions vasculaires : les tumeurs vasculaires et les malformations vasculaires. Les tumeurs vasculaires sont caractérisées par l'hyperplasie tissulaire. Il s'agit des hémangiomes qu'ils soient infantiles ou congénitaux. L'hémangiome infantile appelé également hémangiome immature ou angiome tubéreux est la tumeur bénigne la plus fréquemment rencontrée chez le nourrisson et dans la petite enfance. Son diagnostic clinique est facile dans sa forme typique triphasique avec une phase de croissance postnatale quelquefois brutale, une phase de stabilisation et une phase de régression secondaire lente. Sa prise en charge, en particulier dans les formes graves, reste un sujet controversé. En effet, il existe de grandes différences entre les tableaux cliniques, en fonction de leur localisation, de leur taille et de leurs caractéristiques évolutives. De plus, la prise en charge des hémangiomes a problème chez le nourrisson n'a pas jusqu'à présent fait l'objet d'étude prospective et malgré le biais de recrutement les propositions de prise en charge sont surtout le fait d'expériences personnelles.

OBJECTIF DU TRAVAIL

Le but de notre travail est de déterminer le profil épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif des hémangiomes a travers une série de cas colligés a la consultation de dermatologie pédiatrique du CHU Hassan II de Fés sur une période de deux ans (2007-2008).

GENERALITES

Les hémangiomes touchent 5 à 10 % des enfants caucasiens. Ils sont caractérisés par une histoire naturelle évolutive très particulière : non présents à la naissance, ils apparaissent dans les tous premiers jours de vie, vont croître jusqu'au 10—12^e mois de vie pour atteindre une phase dite de plateau qui va durer quelques années ; ils régresseront spontanément pour disparaître, avant l'âge de 7 ans, sans complication ni séquelle le plus souvent. Ils sont beaucoup plus fréquents chez la fille et le prématuré. L'aspect clinique varie en fonction de la profondeur de l'atteinte de l'hémangiome : il peut s'agir d'une lésion très superficielle, rouge vif comme une framboise posée sur la peau, tandis qu'une lésion uniquement profonde, sous-cutanée, va réaliser une voussure à peine bleutée ; l'association d'une composante superficielle et sous-cutanée aboutit à une lésion dite mixte. Ces lésions sont de taille variable ; leur localisation touche dans plus de la moitié des cas l'extrémité cervicocéphalique. L'évolution spontanée est le plus souvent favorable, régressive, ne laissant aucune séquelle ou parfois des cicatrices atrophiques blanchâtres ou des zones de peau vaguement fripée à la limite de la visibilité. Les conseils à donner aux parents sont surtout la patience, abstention et l'absence de toute intervention médicale.

De façon exceptionnelle, les hémangiomes peuvent avoir des complications du fait de leur volume, de leur localisation, en raison de leur ulcération ou à part, l'exceptionnelle hémangiomatose néonatale diffuse. Dans ces cas, divers traitements peuvent être proposés.

patient
et
méthodes

Sur une période de deux ans (2007-2008), 44 cas d'hémangiomes infantiles ont été colligés à la consultation de dermatopédiatrie du CHU Hassan II de Fes. Les données démographiques, les caractéristiques cliniques, les attitudes thérapeutiques et les aspects évolutifs ont été recueillis pour tous les patients. Ces différents paramètres ont été analysés statistiquement selon le logiciel Epi Info.

Fiche d'exploitation : hémangiome de l'enfant

1-1-épidémiologie :

*Date de consultation :

*Nom :

*Prénom :

*Date de Naissance:

*Sexe :

*Phototype: I II III IV V VI

*ATCD personnels:

- Prématurité : oui non

- Poids de naissance:

- Malformations:

1-2-clinique :

*Date d'apparition :

- Constaté à :

- Type : halo-érythémateux

halo anémique

zone bleutée

télangiectasie

petites papules érythémateuses regroupées

*Mode de développement : rapide lent.

*Motif de consultation : esthétique fonctionnel vital

*forme: Tubéreux sous cutané mixte

*siège :

*nombre :

*taille :

*bilan :

*stade évolutif : phase de croissance

phase de stabilisation

phase d'involution

*évolution : simple

compiquée :

Locale : - nécrose :

- ulcération :

- surinfection :

- saignement :

- extension

Systémique :- insuffisance cardiaque

- thrombopénie

• Formes graves :

* Préjudice fonctionnel :

- périoculaire

- labial

- auriculaire

- ano-génital
- périnariaire
- cuir chevelu

*** Préjudice esthétique :**

- Cyrano
- Seins
- profus du visage

*** Préjudice vital :**

- Syndrome de Kasabach-Meritt: (S.K.M.)
- Miliaire disséminée
- Volumineux extensif
- associé à une localisation viscérale

1-3-CAT :

***abstention:**

***corticothérapie :**

- indication :

- lésion périforificielle :
- croissance rapide :
- prévention de déformité
- SKM
- insuffisance cardiaque
- HGM viscéral symptomatique
- susceptibilité aux traumatismes, infections :
- saignement
- ulcération+douleur

- dose :

- réponse : bonne

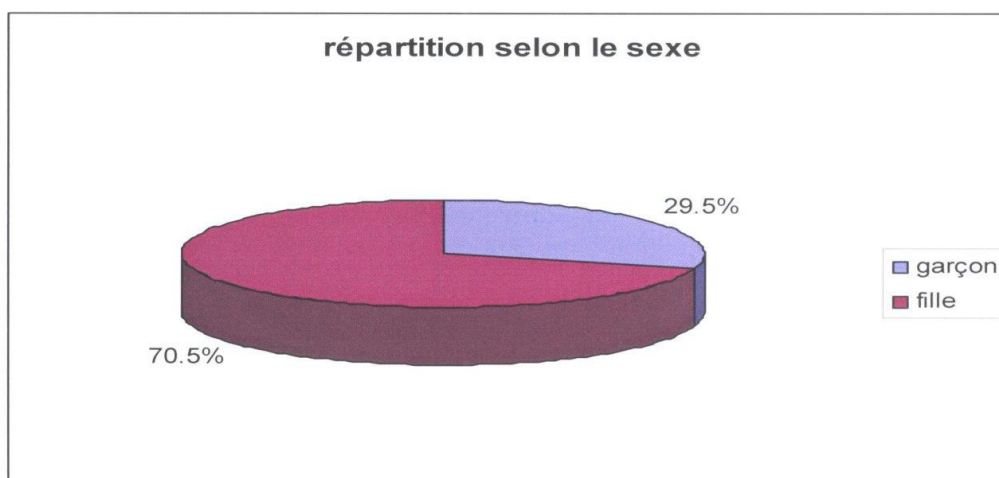
mauvaise

***surveillance :**

RESULTATS

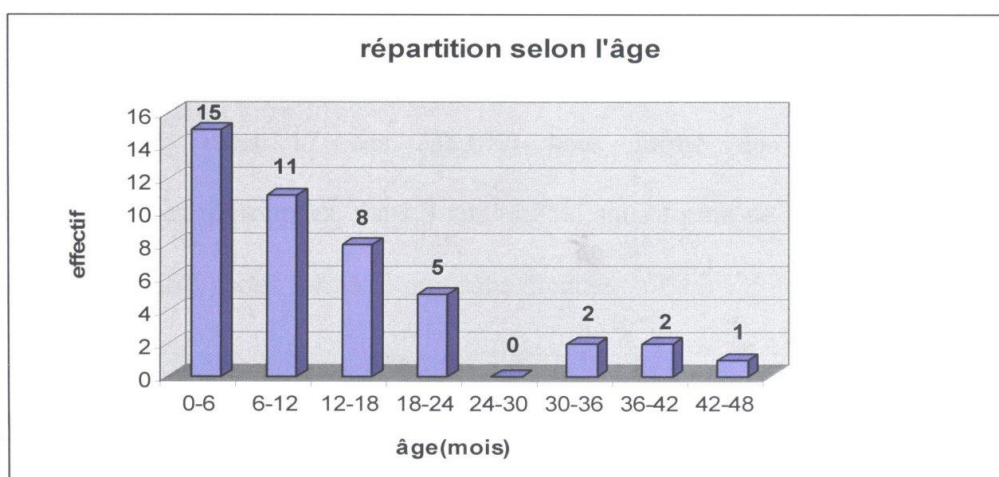
Sexe

Sur une période de 2 ans, 44 hémangiomes ont été inclus. Ces chiffres représentent une incidence moyenne de 22cas/an. Le sex ratio F/G était de 2,38 avec une nette prédominance féminine (31 filles contre 13 garçons).



Age

L'âge moyen au moment de la consultation était de 12mois +/- 10,32 avec des extrêmes allant de 1,5 à 48 mois et une médiane de 9 mois.



Phototype

29 patients étaient de phototype IV (65,9%), 14 de phototype III (31,8%) et un de phototype II.

Prématurité

Tous les patients étaient issus d'un accouchement à terme à l'exception d'un seul chez qui l'antécédent de prématurité a été retrouvé.

Malformations associées

Aucun de nos patients n'avait de malformations associées à son hémangiome.

Début

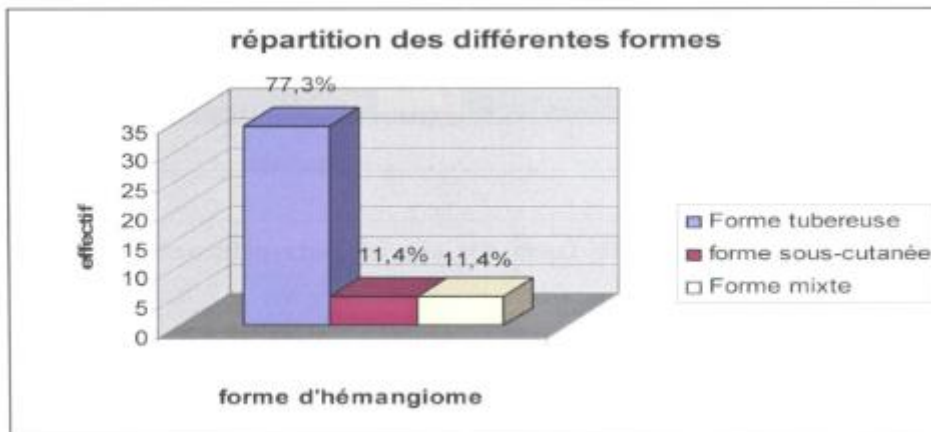
La date moyenne d'apparition des hémangiomes était de 51,81 jours avec des extrêmes allant de un jour à 360 jours. 34% des hémangiomes sont apparus à la naissance et 29,54% au cours du premier mois. Ces tumeurs prenaient différents aspects: dans la moitié des cas, ils ont débuté sous forme d'un halo érythémateux, dans 17 cas (38,6%) sous forme de petites papules érythémateuses regroupées, dans 3 cas (6,8%) sous forme de télangiectasies et dans 2 cas (4,5%) sous forme d'une zone bleutée.

Mode de développement

Le développement était lent pour la totalité des hémangiomes.

Forme

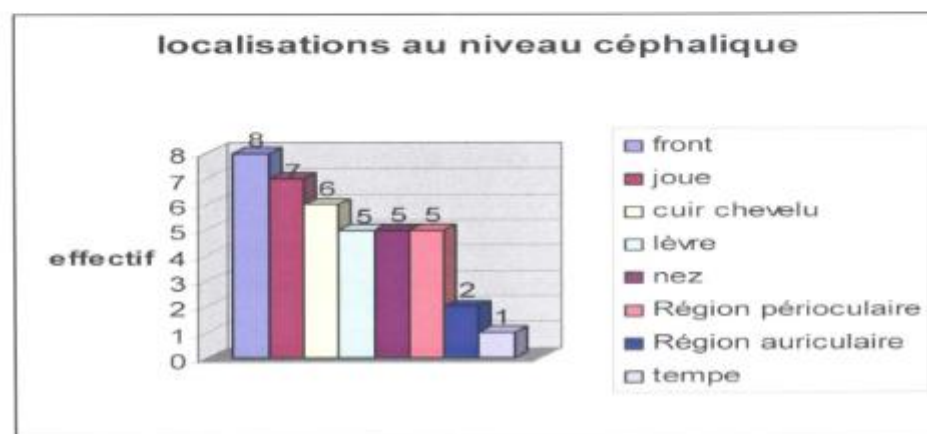
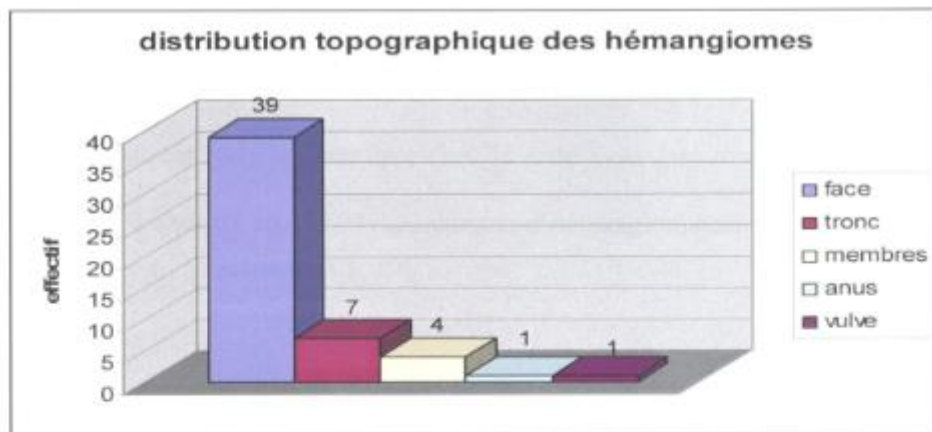
Trois formes d'hémangiomes immatures peuvent être distinguées: la forme tubéreuse retrouvée chez 34 patients (77,3%) et la forme sous cutanée et mixte rencontrée chez 5 patients chacune (11,4%).



Localisations

La grande majorité des tumeurs était localisée au niveau céphalique (39 hémangiomes = 75%), dont 8 au niveau du front, 7 au niveau des joues, 6 au niveau du cuir chevelu, 5 au niveau des lèvres, nez et en péri oculaire et enfin | au niveau temporal.

On notait 7 cas au niveau du tronc (13,46%), 4 cas sur les membres (7,69%) ,2 cas au niveau de la région génitale (3,84%) dont 1 au niveau anal et l'autre au niveau vulvaire.



Taille

La moyenne de la taille des hémangiomes était de 1,53cm avec des extrêmes allant de 0,4cm à 9cm. La fréquence des hémangiomes de taille inférieure à 3cm était de 69,23%.

Nombre

Le nombre des lésions vasculaires était variable. L'hémangiome était unique chez 37 patients (84,1%), multiple chez le reste avec 2 lésions chez 6 patients (13,6%) et 3 chez un seul (2,3%). Aucun cas d'hémangiomatose n'a été retrouvé.

Bilan

15 patients (34,1%) avaient bénéficié d'un bilan radiologique (échographie trans fontanellaire, échographie abdominale) qui était normal chez la totalité des patients.

Stade évolutif

59,1% des hémangiomes (26 patients) étaient en phase de croissance, 29,5% en phase de stabilisation (13 patients) et 11,4% en phase d'involution (5 patients).

Aspect histologique

Aucun patient n'avait bénéficié de biopsie cutanée vu que le diagnostic est essentiellement clinique.

Complications

L'évolution était simple dans la majorité des cas (40 patients=86,4%).

Cependant, des complications sont survenues chez 4 patients (13,6%) à type d'ulcération dans 2 cas, de saignement dans 1 cas et d'extension dans un autre.

Préjudice

La majorité des hémangiomes ne constituait qu'un préjudice esthétique.

Cependant, le pronostic fonctionnel était mis en jeu chez 21 patients (47,7%).

Aucun hémangiome n'avait engagé le pronostic vital de nos patients.

Traitement

L'abstention thérapeutique avec une surveillance régulière était préconisée chez 35 patients (79,5%). Les autres avaient nécessité une corticothérapie générale (9 patients= 20,5%), indiquée dans 6cas pour la localisation périonificielle, dans un cas pour l'association a un hémangiome de la parotide, dans un autre pour l'ulcération et dans un dernier pour le saignement. La posologie quotidienne de la corticothérapie était de 1 à 2mg/kg. La réponse thérapeutique était bonne chez 4 patients et mauvaise chez un seul. Malheureusement, 4 patients ont été perdus de vue, dont deux avaient eu recours à d'autres alternatives thérapeutiques (corticothérapie intra-lésionnelle).

Surveillance

27 patients (61,4%) avaient adhéré a la surveillance régulière de leurs hémangiomes. L'évolution était comme suit: les tumeurs étaient stationnaires dans 13 cas (29,5%), ils ont régressé dans 9 cas (20,5%) et ont augmenté de taille dans 5cas (11,4%).



Figure 1 : Hémangiome mixte du front

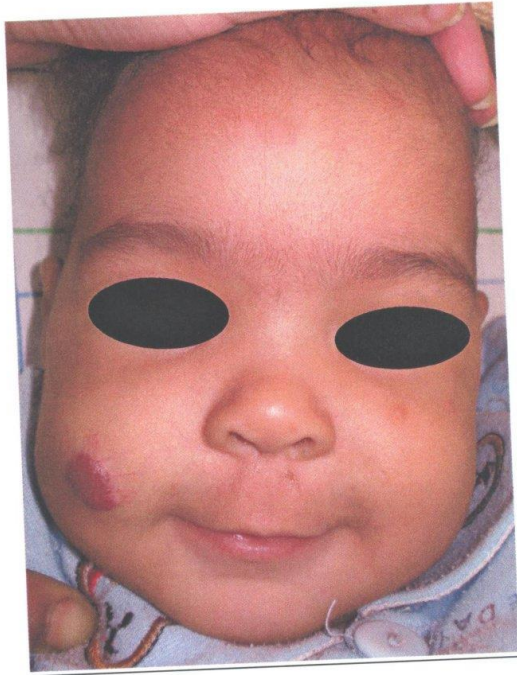


Figure 2 : Hémangiome mixte de la joue droite



Figure 3 : Hémangiome périanal

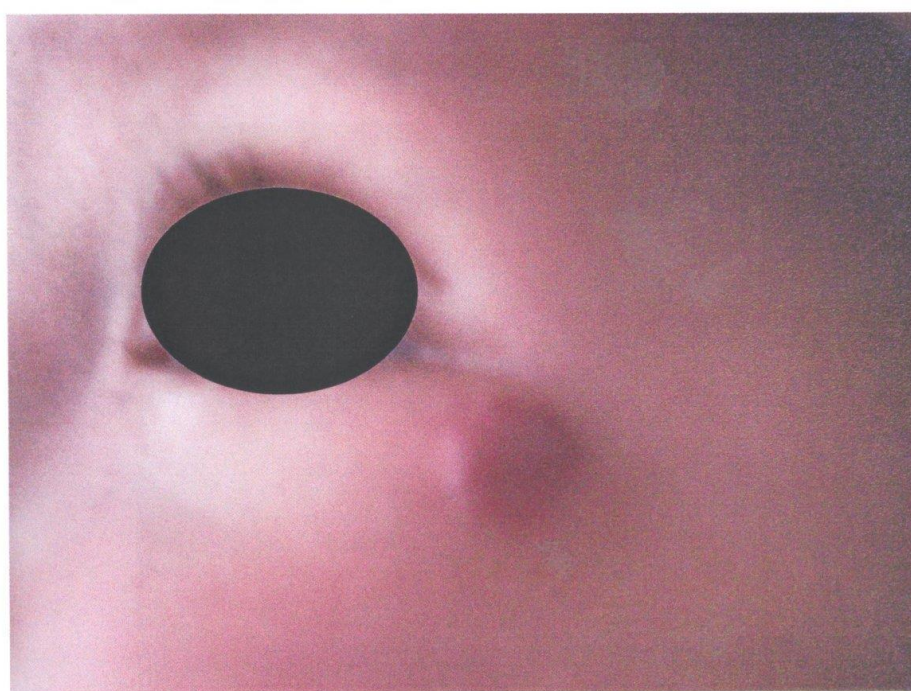


Figure 4 : Hémangiome tubéreux périoculaire gauche

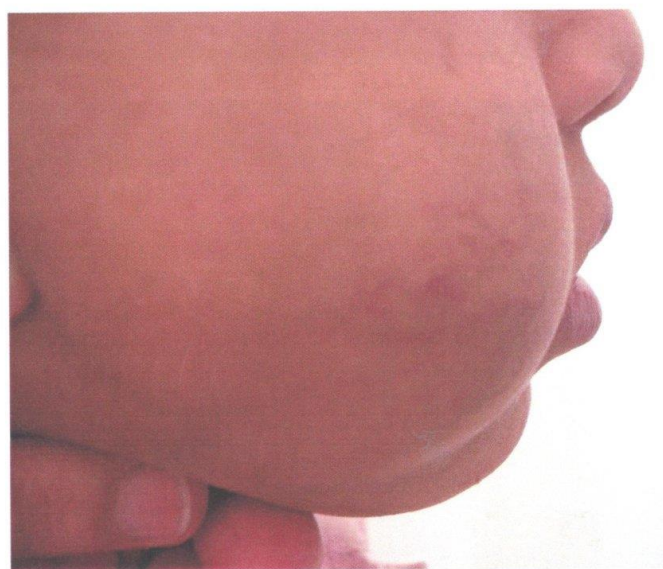


Figure 5 : Hémangiome sous cutané de la joue droite

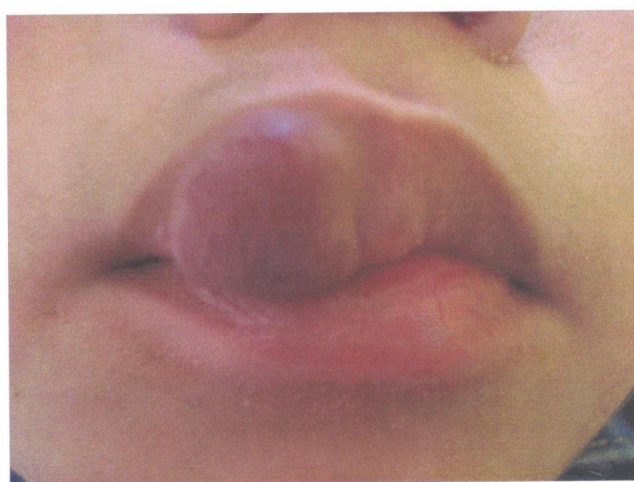
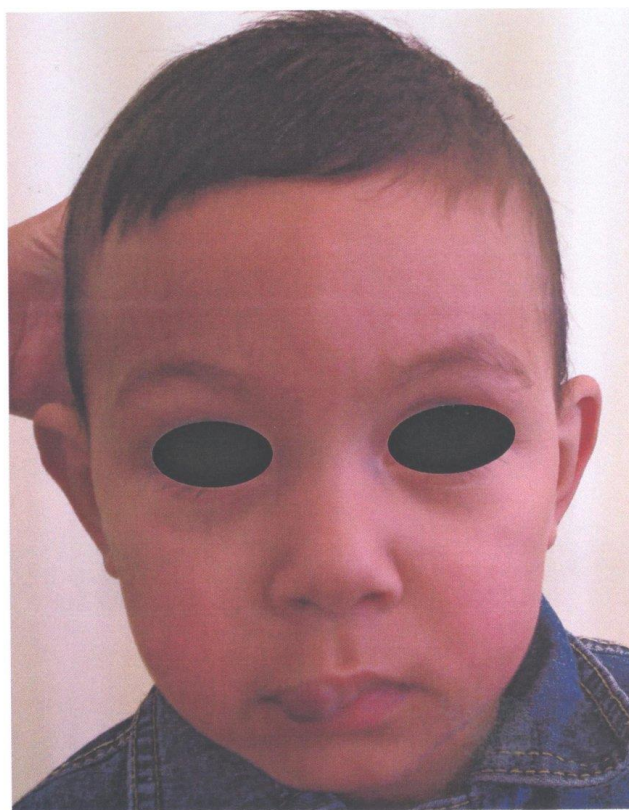


Figure 6 : Hémangiome de la lèvre supérieure



Figure 7 : Hémangiome mixte orbito-palpébral gauche



Figure 8 : Hémangiome ulcéré périauriculaire droit



Evolution après 2ans

Discussion

Les angiomes constituent un groupe hétérogène d'affections caractérisées par des ectasies vasculaires qui peuvent intéresser tous les organes, mais touchent le plus souvent la peau. Ce terme regroupe [1] :

- Les angiomes congénitaux ou de survenue précoce, le plus souvent diagnostiqués chez l'enfant ou le nourrisson ;
- Diverses anomalies acquises, diagnostiquées plus tardivement au cours de la vie (chez l'adulte).

La classification actuelle des angiomes (précoces) distingue schématiquement [1, 2, 3,4, 5]:

- Les tumeurs vasculaires, capillaires, caractérisées par une prolifération de cellules endothéliales : hémangiomes++, autres;
- Les malformations vasculaires, où les cellules endothéliales sont quiescentes et peuvent concerner les capillaires, les veines ou les vaisseaux lymphatiques.

En 2002, Hand et Frieden [6] soulignent le fait que malgré une acceptation croissante de ce système de classification, il persiste encore une certaine confusion dans la littérature médicale récente [7]. En effet, L'aspect clinique initial est parfois très semblable et dans de rares cas, on note une co-existence des deux types lésionnels chez un même malade, voire dans une même lésion [8]. Mais, du point de vue thérapeutique, le diagnostic précis doit être posé dès que possible : les malformations vasculaires diffèrent des hémangiomes non

seulement par l'étiologie, mais aussi par les manifestations cliniques, l'évolution et le pronostic [9].

La fréquence estimée des hémangiomes (HMG) cutanés infantiles est de 4 à 10% des nourrissons [10, 11, 12, 13, 14,15]. Ils sont retrouvés chez 8 à 12% des enfants nés à terme, chez 21% des enfants nés d'une grossesse où avait été effectuée une biopsie des villosités choriales et chez 20 à 30% des nouveau-nés prématurés de poids inférieur à 1000 g [11, 16, 17, 18, 19]. Leur incidence est de 1 à 2% chez le nouveau-né et de 10 à 12% à l'âge d'un an [20, 21,22]. Dans notre série, la moyenne d'âge des nourrissons se présentant à la consultation était de 1 an avec des extrêmes allant de 1,5 à 48 mois et tous nos patients étaient issus d'une grossesse à terme à l'exception d'un seul prématuré.

Ces tumeurs atteignent le plus souvent l'enfant de sexe féminin [11, 23, 24], le sex ratio variant de 2F/1G à 5EF/1G selon les séries [25, 26,27]. Notre travail confirme cette donnée épidémiologique avec un sexe ratio F/G de 2,38. Certains auteurs pensent que cette prépondérance féminine pourrait trouver une explication dans le fait que les consultations de nourrissons féminins sont plus fréquentes en raison de l'impact esthétique de l'hémangiome [28].

L'incidence est plus grande chez l'enfant blanc (1,7%) que chez l'enfant noir (0,6%) [29]. Cependant, dans notre série, la plupart des patients était de phototype IV, ceci pourrait être expliqué par le fait que la majorité de notre population est de phototype foncé.

Les hémangiomes apparaissent généralement au cours des premières semaines, mais ils sont parfois présents à la naissance [23]. Les données de la littérature sont discordantes sur ce point : pour Bowers, 59 % des cas sont présents à la naissance [25], 51,8 % pour Maleville [30], et 70,5 % pour Samet [26]. Selon Eschwege, 19 % des HMG sont présents le premier jour de la naissance et 40 % apparaissent le premier mois de vie [31]. Pour Hidano, 75 % des HMG apparaissent après la troisième semaine de vie [32]. Dans notre série, 34% des hémangiomes sont apparus à la naissance et 29,54% au cours du premier mois. Ces différences sont dues à l'insuffisance de l'examen cutané en maternité, à l'aspect trompeur ou mal identifié de la lésion initiale et à l'imprécision de l'anamnèse_ recueillie auprès des parents. Récemment, deux types d'hémangiomes congénitaux ont été individualisés : RICH (Rapidly Involuting Congenital Hemangioma) et NICH (Non Involuting Congenital Hemangioma) [2, 17, 33, 34, 35]. Le RICH est pleinement développé à la naissance ; la croissance a lieu durant la vie intra-utérine. L'Echo Doppler a permis le diagnostic prénatal du RICH dans quelques cas, en général au 3e trimestre de la grossesse, parfois dès le 2e. Il n'y a pas de prédominance féminine contrairement à l'hémangiome infantile à croissance postnatale. Le RICH ne subit aucune poussée après la naissance : au contraire il régresse et ce phénomène est perceptible dès les premières semaines de vie. La régression dure environ une année [34, 35]. Les aspects cliniques sont variés et bien différents de ceux de l'hémangiome infantile. La tumeur est unique, arrondie, chaude,

parfois battante. Il peut s'agir d'une grosse tumeur saillante pourpre. Une nécrose centrale, linéaire, peut être présente à la naissance sur ce type tumoral. La tumeur est plus ou moins marquée de télangiectasies fines ou grossières, souvent rayonnant autour d'un centre cicatriciel. La tumeur bombée peut être centrée par des nodules rouges ou rosés, fermes. Parfois c'est une plaque large qui s'infiltré dans la peau et dans ce cas il existe souvent des halos concentriques de couleur rose ou pourpre au centre, et pale autour. La tumeur peut être totalement bleutée. Après régression il reste le plus souvent une aire de lipotrophie, tantôt de couleur normale, ou avec visibilité en transparence du réseau veineux, ou encore rosée ou blanc bleuté. Deux sièges de prédilection paraissent exister pour le RICH : un membre, près d'une articulation ou la tête, en général autour de l'oreille (tempe, front et cuir chevelu). Le NICH est une tumeur congénitale rare est curieuse par sa persistance durant la vie et ses caractéristiques de flux rapide. La encore il n'y a pas de prédominance féminine. La lésion est unique, ronde ou ovale, plate ou bombée, chaude au palper. Elle a le plus souvent tout autour un anneau pale blanc-bleuté, et parfois la paleur est en surface, une surface elle-même marquée de télangiectasies plus ou moins serrées dont la densité rend compte de la couleur rose à pourpre [33]. Le NICH persiste inchangé (ou discrètement aggravé vers la puberté), suivant la croissance des téguments. Les sièges de prédilection sont les membres et le rebord mandibulaire, mais d'autres localisations sont possibles.

Le principal élément de diagnostic différentiel entre hémangiome infantile classique et hémangiomes congénitaux est l'absence complète d'immunoréactivité pour GLUT 1. Ce transporteur du glucose est un marqueur intéressant de l'hémangiome infantile classique, présent dans 100% des cas [36, 37,38].

Au début, les hémangiomes peuvent prendre différents aspects: halo érythémateux ou anémique, zone bleutée, télangiectasies ou petites papules érythémateuses regroupées [11]. Dans notre série, la moitié des hémangiomes ont commencé sous forme d'un halo érythémateux.

Pour certains auteurs, ces tumeurs seraient d'origine embryonnaire, reliquat mésodermique des précurseurs de l'arbre vasculaire [11, 39]. Pour d'autres, elles seraient dues à une dysrégulation dans le contrôle de la croissance endothéliale, elle-même provoquée par une infection à papillomavirus [11].

Ce sujet a fait l'objet de nombreuses études, aboutissant des théories qui se complètent ou s'affrontent [11, 39], notamment :

- La théorie de l'angiogénèse : la formation de néovaisseaux est sous le contrôle des cellules endothéliales ;
- La théorie hormonale : taux élevé du 17-béta-estradiol chez ces enfants ;
- la théorie virale : le papillomavirus peut être impliqué dans la prolifération de ces tumeurs.

Cliniquement, trois formes d'hémangiomes peuvent être distinguées [1, 9, 11, 13, 12]:

- des formes superficielles (85%) ; appelées également angiomes tubéreux ou fraises ; qui sont constituées de nodules ou plaques rouge vif, en relief, a surface tendue ou mamelonnée, dépressibles, qui palissent a la vitropression sans vidange ni disparition complete.
- des formes dermiques pures (2%), sous cutanées, constituées de tuméfactions en relief, bleutées ou de la couleur de la peau normale, parfois de minimes télangiectasies arborescentes en surface, de consistance plus élastique que les formes superficielles.
- et les formes mixtes (13%); en « oeuf poché; qui associent des deux composantes.

Dans notre série, les trois aspects cliniques étaient retrouvés a des proportions variables : la forme tubéreuse chez 34 patients (77,3%) et la forme sous cutanée et mixte chez 5 patients chacune (11,4%) (Figure 1, 3, 5).

La topographie des hémangiomes est ubiquitaire, elle suggère leur développement a partir de segments de la crête neurale [40]. Cependant, la localisation cervicocéphalique est la plus fréquente variant de 49 a 75% des cas [11, 19, 41], expliquée par la fréquence élevée des consultations des parents inquiets pour des lésions inesthétiques. Dans notre série, elle était retrouvée dans 39 cas soit 75%. Cette tumeur siège au niveau du tronc dans 25% des cas, au niveau des extrémités dans 15% des cas et au niveau du siège dans moins de 10% des cas [23, 42, 43]. Dans notre série, l'atteinte du tronc était présente dans

7 cas (13,46%), celle des membres dans 4 cas (7,69%) et celle du siège dans 2 cas (3,84%).

La taille des hémangiomes est variable depuis le petit hémangiome minuscule jusqu'à la lésion gigantesque. Dans plus de 75% des cas, les HMG sont de petite taille [41] et la fréquence de ceux ayant une taille inférieure 4 3cm varie selon les études de 57 à 80% [25, 26, 28]. Dans notre série, celle-ci était de 69,23% et la moyenne de la taille des hémangiomes était de 1,53cm avec des extrêmes allant de 0,4 à 9cm.

Le nombre de ces tumeurs est également variable. Ils sont souvent uniques, mais ils sont multiples dans 20% des cas et peuvent alors être associées à des localisations viscérales [23]. Ces dernières doivent être suspectées devant une forme miliaire cutanée ou une localisation cervicale « en barbe ». Elles touchent le foie (hépatomégalie avec insuffisance cardiaque à haut débit), le larynx (stridor et détresse respiratoire) et exceptionnellement le tube digestif, le poumon ou les méninges [44-45].

Selon la plupart des auteurs, le risque d'hémangiome hépatique augmente avec le nombre d'hémangiomes cutanés, mais également lorsque le nourrisson présente un hémangiome segmentaire de grande taille. Les hémangiomes hépatiques peuvent être asymptomatiques, mais également se compliquer. Il est donc recommandé de faire une échographie hépatique en présence de cinq ou plus hémangiomes cutanés et/ou d'une hépatomégalie [46, 47]. Ainsi, Devant une hémangiomatose, il faut en premier lieu faire un examen clinique attentif,

général et cutané, sans oublier les muqueuses. Si cet examen est normal, il est inutile de demander des examens complémentaires. Seule une échographie hépatique peut se discuter, car la présence d'un ou plusieurs hémangiomes hépatiques est une indication à une surveillance cardiaque régulière. L'examen clinique doit être renouvelé, en moyenne une fois par mois les 6 premiers mois. Un bilan morphologique ne se justifie que s'il y a une anomalie clinique (hépatomégalie, souffle cardiaque, notion de saignement digestif...) [48].

Chez les nourrissons porteurs d'hémangiome facial étendu, surtout s'il semble segmentaire dans sa distribution cutanée, il faut rechercher avec soin des signes neurologiques, un retard psychomoteur, des signes oculaires et cardiaques, avec prise de tension artérielle aux quatre membres pour éliminer une coarctation de l'aorte [49]. Dans ce cas, une IRM avec angio-IRM cérébrale et une échographie cardiaque seront demandées pour étayer le diagnostic [18]. Frieden a décrit l'association d'un HMG céphalique extensif et des malformations diverses sous l'acronyme PHACE(S) pour désigner le syndrome neurovasculocutané (Posterior Fossa malformation, Hemangioma, Arterial, Cardiac, Eye anomalies, Sternal malformation) [16, 50, 51, 52, 53, 54].

Dans notre série, l'hémangiome était unique chez 37 patients (84,1%), multiple chez le reste avec 2 lésions chez 6 patients (13,6%) et 3 chez un seul (2,3%).

Aucun cas d'hémangiomatose n'a été retrouvé. 15 patients (34,1%) avaient bénéficié d'un bilan radiologique (échographie transfontanellaire et abdominale)

qui était normal chez la totalité des patients. Aucun de nos patients n'avait de malformations associées à son hémangiome.

Cette tumeur est une lésion dynamique qui se caractérise par un potentiel évolutif triphasique avec :

- une phase d'évolution comprise entre les deux premiers mois et le huitième mois de vie ; mais qui peut atteindre 12 à 24 mois [55] (notre série : 26 patients soit 59,1% des hémangiomes);
- une phase de stabilisation jusqu'au dix-huitième mois (notre série : 13 patients soit 29,5%) ;
- et une phase de lente régression parfois prolongée jusqu'à l'âge de huit ans environ ; au cours de laquelle, la régression commence en général par la partie superficielle cutanée pour concerner ensuite la partie sous cutanée (notre série : 5 patients soit 11,4%).

Ainsi, dans plus de 75% des cas, les HMG régressent spontanément sans cicatrice [11,41], justifiant une attitude simple de surveillance [56] adoptée chez 35 de nos patients (79,5%). Néanmoins, dans certains cas, ils peuvent mettre en jeu le pronostic esthétique, fonctionnel ou vital de l'enfant par leur localisations et/ ou leur complications locales (nécrose, ulcération, surinfection, saignement, extension) ou générales (insuffisance cardiaque, thrombopénie) [57].

Dans notre série, la majorité des hémangiomes ne constituait qu'un préjudice esthétique. Cependant, le pronostic fonctionnel était mis en jeu chez 21 patients (47,7%). Aucun hémangiome n'avait engagé le pronostic vital de nos patients.

Des complications sont survenues chez 4 patients (13,6%) a type d'ulcération dans 2 cas, de saignement dans 1cas et d'extension dans un autre.

Si la plupart des hémangiomes ne nécessitent qu'une surveillance régulière, les formes compliquées ; qui représentent moins de 20% des cas [23] ; justifient la mise en route d'une thérapeutique adéquate. En effet, la corticothérapie systémique constitue le traitement de première intention a raison de 2 a 3 mg/kg/j de prednisone en une seule prise le matin en dose d'attaque pendant quatre a huit semaines puis a doses dégressives pendant trois 4 quatre mois. Son mode d'action n'est pas clair. Il semble que les corticoides stimulent l'apoptose (par augmentation des cytochromes b) et la libération de facteurs antiangiogéniques (en augmentant le nombre de macrophages) [58]. Ce traitement n'a aucun effet sur les facteurs angiogéniques tels que BFGF ou VEGF. Néanmoins, il diminue la quantité de PDGF-A, PDGF-B, IL-6, TGF-B1 et TGF-B3 [58, 59]. Il est efficace dans 30 % des cas (patients répondeurs), inefficace dans 30 % des cas (patients non répondeurs) et d'efficacité incertaine dans les 40 % restant [23, 60, 61].

La corticothérapie intra-lésionnelle n'a pas démontré sa supériorité par rapport a la voie systémique. Elle peut être préconisée pour les hémangiomes de moins de 5cm² a raison de 3-5mg /kg d'acétonide de triamcinolone. Une localisation a risque pour ce type de traitement est la région périorbitaire puisque des cas de cécité par occlusion rétrograde de l'artère centrale de la rétine ont été décrits [62, 63]. Une atrophie dermique est décrite en cas d'injection répétée dans des

hémangiomes en plaque. Ces injections étant douloureuses, l'idéal serait de pouvoir appliquer un onguent suffisamment puissant pour obtenir le même résultat que les injections locales. Le propionate de clobétasol est parfois utilisé à raison d'une application deux fois par jour pendant deux semaines et suivie d'une semaine d'arrêt pour éviter l'apparition d'une atrophie cutanée ou de télangiectasies. Deux à six sessions semblent nécessaires pour éviter une reprise de la croissance de l'hémangiome. Le recul de ces études n'est néanmoins pas suffisant pour confirmer l'efficacité de ce traitement.

Dans notre série, la corticothérapie systémique était préconisée chez 9 patients soit 20,5% des cas, indiquée dans 6 cas pour la localisation péri-orificielle, dans un cas pour l'association à un hémangiome de la parotide, dans un autre pour l'ulcération et dans un dernier pour le saignement. La posologie quotidienne était de 1 à 2mg/kg. La réponse thérapeutique était bonne chez 4 patients et mauvaise chez un seul. Malheureusement, 4 patients ont été perdus de vue, dont deux avaient eu recours à la corticothérapie intra-lésionnelle.

D'autres alternatives thérapeutiques non retrouvées dans notre série peuvent être proposées [9, 64, 65, 66] :

L'interféron- α et la vincristine dans les formes graves résistantes à la corticothérapie. L'IFN se délivre par injection sous cutanée à la dose initiale de 1 millionU/m² par jour cinq jours sur sept. Ce dosage est progressivement augmenté jusqu'à 2-3 millionU/m² par jour pour une durée de 9-12 mois. La réponse est de l'ordre de 90 %. Les premiers signes de régression sont visualisés

après 2 à 12 semaines de traitement. L'interféron comporte un risque de complications neurologiques graves faisant préférer la vincristine [67, 64]. La dose habituelle est de 1 mg/m² par semaine par voie intraveineuse lente pour une durée moyenne de six mois, son efficacité est proche de 100% [68]. Plus récemment, le propranolol a prouvé son efficacité dans les hémangiomes infantiles corticorésistants. En revanche, il est encore trop tôt pour savoir s'il supplantera la corticothérapie générale en première intention [66]. Ce bêtabloquant non cardiosélectif est administré 4 des doses thérapeutiques allant de 0,5 à 4mg/kg/j avec une excellente tolérance chez le nourrisson. Sa mise en route doit se faire en milieu pédiatrique avec surveillance de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle puis le traitement est ambulatoire sous forme de gélules préparées en pharmacie en fonction du poids, car il n'existe pas encore en France ni au Maroc de formulation pédiatrique pour le propranolol. Le traitement est maintenu jusqu'à la fin de la période de croissance supposée de l'hémangiome, c'est-à-dire jusqu'à l'âge d'un an pour les formes graves avec composante sous-cutanée.

La cryothérapie est, quant à elle, encore très populaire aux yeux de certains dermatologues. Néanmoins, ce traitement douloureux et répétitif est inefficace sur la partie profonde de l'hémangiome et laisse souvent des cicatrices indélébiles ou une hypopigmentation [60].

L'embolisation supersélective des formes cutanées géantes et viscérales permet de réduire une insuffisance cardiaque à haut débit [69].

La radiothérapie ne doit plus être proposée car elle entraîne une radiodermite avec un risque de dégénérescence tardive.

Les formes non compliquées sont tout de même responsables de séquelles cutanées dans 50 % des cas. Par conséquent, certains auteurs proposent un traitement précoce visant à éviter les séquelles cutanées et le retentissement psychologique des lésions du visage. Le laser a été utilisé dans ce but [42]. Un traitement chirurgical précoce est indiqué en cas de localisations nasale (hémangiome « Cyrano ») et orbito-palpébrale [41, 65,70].

La chirurgie est également largement indiquée à visée réparatrice au stade des séquelles [71].

Conclusion

Notre étude confirme que l'hémangiome est une tumeur fréquente du nourrisson, prédominant chez les filles et se localisant préférentiellement au niveau cervicocéphalique. Son diagnostic est essentiellement clinique dans sa forme typique triphasique. L'abstention thérapeutique couplée à une surveillance régulière constitue le traitement de premier choix de la majorité des hémangiomes. Néanmoins, dans le cas particulier des localisations périonificielles ou en cas de survenue de complications, d'autres alternatives thérapeutiques peuvent être proposées: corticothérapie générale ou intralésionnelle, interféron α 2a ou 2b, vincristine, cryothérapie, chirurgie précoce, laser ou plus récemment bétabloquants.

REFERENCES

Références

- [1] CEDEF. Angiomes cutanés. Ann Dermatol Venereol 2008 ; 135 :181-7

- [2] Enjolras O. Hémangiomes congénitaux. Ann Dermatol Venereol 2003 ; 130: 367-71

- [3] Marler J, Mulliken J. Vascular anomalies: classification, diagnosis, and natural history. Facial Plast Surg Clin North Am 2001; 9:495-504.

- [4] Wassef M, Enjolras O. Les malformations vasculaires superficielles: classification et histopathologie. Ann Pathol 1999; 19:253-64

- [5] Moure C, Reynaert G, Lehmann P, et al. Classification des tumeurs et malformations vasculaires : fondement de la classification et intérêt clinique. Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale 2007 ; 108 ; N3 :201-9

- [6] Hand JL, Frieden IJ. Vascular birthmarks of infancy: resolving nosologic confusion. Am J Med Genet 2002; 108:257-64.

- [7] Cohen MM, Jr. Vasculogenesis, angiogenesis, hemangiomas, and vascular malformations. Am J Med Genet 2002; 108:265-74.

- [8] Garzon M, Enjolras O, Frieden IJ. Vascular tumors and vascular malformations: evidence for an association. J Am Acad Dermatol 2000; 42:275-9.

- [9] Horst M. Hémangiomes chez le nourrisson: problèmes et traitement. Paediatrica 2002 ; 13 ; N°2:20-3

- [10] Sebbag N, Lacour JP, Fontas E et le Groupe de Recherche Clinique en Dermatologie Pédiatrique. Hémangiomes : évaluation de [association aux gestes prénatals et analyse descriptive. Etude cas-témoins. Réunion SFD du 11 janvier 2007.
- [11] Casanova D, Norat F, Bardot J, et al. Les hémangiomes cutanés : aspects cliniques. Ann Chir Plast Esthet 2006; 51:287-92
- [12] Crickx B. Organe de la Société française de dermatologie et de Association des dermatologues francophones. Angiomes. Ann Dermatol Venereol 2005;132:172-6.
- [13] Domp Martin A, Boon L.-M, Labbé D. Hémangiomes infantiles : diagnostic différentiel et anomalies associées. Ann Chir Plast Esthet 2006;51:300-9
- [14] Drolet BA, Esterly NB, Frieden IJ. Hemangiomas in children. N Engl J Med, 1999; 341:173-9.
- [15] Hamel-Teillac D. Angiomes et dysplasies tissulaires majeures. Conceptions pathogéniques actuelles et prise en charge. Arch Pediatr 1999;6 (Suppl2):299-302.
- [16] Enjolras O. Anomalies vasculaires superficielles. EMC Pediatr 2004; 1: 129-51
- [17] Chiavérini C, Kurzenne J.-Y, Rogopoulos A, et al. Hémangiome congénital non-involutif : 2 cas. Ann Dermatol Venereol 2002; 129:735-7

[18] Lambot K, Lougué-Sorgho LC, Gorincour G, et al. Sémiologie IRM et écho-Doppler des hémangiomes immatures du nourrisson : a propos de 12 cas. J Radiol 2005; 86:151-7

[19] Hamel-Teillac D. Classification des angiomes. Archives de pédiatrie 2007 ; 14 :705-8

[20] Eeckhout I, Léauté-Labréze C, Tateb A. Pourquoi les hémangiomes immatures régressent-ils? Ann Dermatol Venereol 1997 ; 124 ; N° 11 :800-800

[21] O Enjolras, M Wassef. Classification et données en matière d'« angiomes » superficiels. Sang Thrombose Vaisseaux 1998 Novembre 1998:563-71.

[22] Chiller KG, Passaro D, Frieden IJ. Hemangiomas of infancy: clinical characteristics, morphologic subtypes, and their relationship to race, ethnicity, and sex. Arch Dermatol 2002;138:1567-76.

[23] Moser T, Chapot R, Jahn C, et al. Imagerie des anomalies vasculaires des tissus mous : diagnostic et traitement. Feuillet de Radiologie 2005 ; 45; n° 1 313-36.

[24] Grisey A, Roth P, Martin A, et al. Diagnostic prénatal et prise en charge d'un cas d'hémangiome congénital du cuir chevelu. Revue de la littérature. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2006 ; 35 :405-10.

[25] Bowers RE, Graham EA, Thomlinson KM. The naturel history of the strawberry nevus. Arch Dermatol 1960; 82:667—80

[26] Samet S. Les hémangiomes cutanés immatures. A propos de 108 cas. Thèse Med. Sfax 1995 N°872

- [27] Enjolras O, Riche MC, Merland JJ, et al. Management of alarming hemangiomas in infancy: a review of 25 cases. *Pediatrics* 1990; 85:491-8.
- [28] Fin MC, Glowacki J, Mulliken BJ, et al. Congenital vascular lesions: clinical application of a new classification. *J Ped Surg* 1983; 18(6):894-900.
- [29] Millischer-Bellaiche AE, Enjolras O, André Ch, et al. Les hémangiomes palpébraux du nourrisson : apport de l'IRM. *J Radiol* 2004; 85:2019-28
- [30] Maleville J, Taieb A, Roubaud E, et al. Hémangiomes cutanés immatures : études épidémiologiques de 351 cas. *Ann Dermatol Venerol* 1985; 112:603-8
- [31] Eschwege E, Lellouch J, Shwatz D, et al. Etude épidémiologique des angiomes tubéreux cutanés et sous-cutanés. *Arch Fr Pediatr* 1966; 23:703-6
- [32] Hidano A, Nakajima S. Earliest features of the strawberry marks in the newborn. *Br J Dermatol* 1972; 87:138-44
- [33] Enjolras O, Mulliken JB, Boon LM, et al. Non-involuting congenital hemangioma: A rare cutaneous vascular anomaly. *Plast Reconstr Surg* 2001; 107: 1647-54.
- [34] Rogers M, Lam A, Fischer G. Sonographic findings in a series of rapidly involuting congenital hemangiomas (RICH). *Pediatr Dermatol* 2002; 19:5-11.
- [35] Berenguer B, Mulliken JB, Enjolras O, et al. Rapidly involuting congenital hemangioma: Clinical and histopathologic features. (soumis pour publication *Dev Pediatr Pathol*).

- [36] North PE, Waner M, Mizeracki A, et al. GLUT1: A newly discovered immunohistochemical marker for juvenile hemangiomas. *Hum Pathol* 2000; 31:11-22.
- [37] North PE, Waner M, James CA, et al. Congenital nonprogressive hemangioma. A distinct clinicopathologic entity unlike infantile hemangioma. *Arch Dermatol* 2001; 137:1607-20.
- [38] North P, MC Mihm J. Histopathological diagnosis of infantile hemangiomas and vascular malformations. *Facial Plast Surg Clin North Am* 2001; 9: 505-24.
- [39] Vikkula M. Pathogénie et génétique des anomalies vasculaires. *Ann Chir Plast Esthet* 2006; 51:282-6.
- [40] Haggstrom AN, Lammer EJ, Schneider RA, et al. Patterns of infantile hemangiomas: new clues to hemangioma pathogenesis and embryonic facial development. *Pediatrics* 2006; 117:698-703.
- [41] Ali Adouani, Jed Bouguila, Mouhamed Ali Abdelali, et al. Place du traitement chirurgical précoce dans les hémangiomes périforiciels de la face. *Ann Chir Plast Esthet* 2008; 53: 435-40.
- [42] Achauer BM, Chang CJ, Van der Kam VM. Management of hemangioma of infancy: review of 245 patients. *Plast Reconstr Surg* 1997; 99:1301-8.
- [43] Chiller KG, Passaro D, Frieden IJ. Hemangiomas of infancy. Clinical characteristics, morphologic subtypes, and their relationship to race, ethnicity and sex. *Arch Dermatol* 2002; 138:1567-76.

- [44] Burrows P, Dubois J, Kassarian A. Pediatric hepatic vascular anomalies. *Pediatr Radiol* 2001; 31: 533-5.
- [45] Kassarian A, Dubois J, Burrows PE. Angiographic classification of hepatic hemangiomas in infants. *Radiology* 2002; 222: 693-8.
- [46] Frieden IJ, Haggstrom AN, Drolet BA, et al. Infantile hemangiomas: current knowledge, future directions. Proceedings of a research workshop on infantile hemangiomas. April 7-9, 2005, Bethesda, Maryland. *Pediatr Dermatol* 2005; 22:383-406.
- [47] Kassarian A, Zurakowski D, Dubois JE, et al. Infantile hepatic hemangiomas: clinical and imaging findings and their correlation with therapy. *AJR Am J Roentgenol* 2004; 182:785-95.
- [48] Lacoste A, Léauté-Labrèze C. Hémangiomatose miliaire. *Ann Dermatol venereol* 2007; 134:694-8
- [49] Metry DW, Hebert AA. Benign cutaneous vascular tumors of infancy: when to worry, what to do. *Arch Dermatol* 2000; 136:905-14.
- [50] Enjolras O. Angiomes. *Rev Prat* 2003; 53: 899-905
- [51] Rossi A, Bava G, Biancheri R, et al. Posterior fossa and_ arterial abnormalities in patients with facial capillary haemangioma: presumed incomplete phenotypic expression of PHACES syndrome. *Neuroradiology* 2001; 43: 934-40.

[52] Monnier D, Pelletier F, Aubin F, et al. Syndrome PHACE (S) d'expression incomplete : Hémangiome facial associé 4 une agénésie complète d'une artère carotide interne. *Ann Dermatol Venereol* 2005; 132:451-4

[53] Buzenet C, Hamel-Teillac D, Acar P, et al. Hémangiome facial associé a des anomalies artérielles et oculaires et 4 une coarctation de l'aorte : syndrome PHACES. *Ann Dermatol Venereol* 2000; 127:292-5

[54] Metry DW, Dowd CF, Barkovich AJ, et al. The many faces of PHACE syndrome. *J Pediatr* 2001; 139:117-23.

[55] Bruckner AL, Frieden IJ. Hemangiomas of infancy. *J Am Acad Dermatol* 2003; 48:477-93.

[56] Wyatt AJ, Hansen RC. Pediatric skin tumors. *Pediatr Clin North Am* 2000;47:937-63.

[57] Casanova D, Norat F, Bardot J, et al. Les complications des hémangiomes. *Ann Chir Plast Esthet* 2006; 51: 293-9

[58] Hasan Q, Tan ST, Gush J, et al. Steroid therapy of a proliferating hemangioma: histochemical and molecular changes. *Pediatrics* 2000;105:117-20

[59] Mulliken JB, Boon LM, Takahashi K, et al. Pharmacologic therapy for endangering hemangiomas. *Current Opinion Dermatol* 1995:109-13

[60] Boon L.-M, Bataille A.-C, Bernier V, et al. Traitement médical des hémangiomes immatures. *Ann Chir Plast Esthet* 2006; 51:310-20

[61] Bennett ML, Fleischer AB, Chamblin SL, et al. Oral corticosteroid use is effective for cutaneous hemangiomas. An evidence-based evaluation. Arch Dermatol 2001; 137:1208-13

[62] Chen MT, Yeong EK, Horng SY. Intralesional corticosteroid therapy in proliferating head and neck hemangiomas: a review of 155 cases. J Pediatr Surg 2000; 35:420-3.

[63] Lacour J.-Ph. corticothérapie intralésionnelle et hémangiomes orbito-palpébraux. Ann Dermatol Venereol 1998;125:754-8

[64] Enjolras O, Brevière G.M, Roger G, et al. Traitement par vincristine des hémangiomes graves du nourrisson. Archives de pédiatrie 2004 ; 11 : 99-107

[65] Dégardin-Capon N, Martinot-Duquennoy V, Patenotre P, et al. Le traitement chirurgical précoce des hémangiomes cutanés. Ann Chir Plast Esthet 2006; 51:321-9

[66] Léauté-Labrèze C., Taieb A. Efficacité des bêtabloquants dans les hémangiomes capillaires _infantiles : signification physiopathologique et conséquences thérapeutiques. Ann Dermatol Venereol 2008 ; 135 : 860-2

[67] Klement G, Baruchel S, Rak J, et al. Continuous low-dose therapy with vinblastine and VEGF receptor-2 antibody induces sustained tumor regression without overt toxicity. J Clin Invest 2000; 105:15-24.

[68] Perez J, Pardo J, Gomez C. Vincristine—an effective treatment of corticoid-resistant life-threatening infantile hemangiomas. Acta Oncol 2002; 41:197-9.

[69] Gampper TJ, Morgan RF. Vascular anomalies: hemangiomas. *Plast Reconstr Surg* 2002; 110: 572-85.

[70] Werner JA, Dunne AA, Folz BJ et al. Current concepts in the classification, diagnosis and treatment of hemangiomas and vascular malformations of the head and neck. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2001; 258:141-9

[71] Bénateau H, Labbé D, Domp martin A et al. Place de la chirurgie dans les hémangiomes au stade des séquelles. *Ann Chir Plast Esthet* 2006; 51:330-8

RESUME

Les hémangiomes cutanés : expérience du CHU Hassan II de Fés

A propos de 44 cas

Introduction

L'hémangiome cutané est la tumeur bénigne la plus fréquemment rencontrée chez le nourrisson. Il fait partie du groupe des tumeurs vasculaires dans la classification de l'International Society for Vascular Anomalies (ISSVA). Son diagnostic clinique est facile dans sa forme typique triphasique. Sa prise en charge, en particulier dans les formes graves, reste un sujet controversé. Le but de ce travail est de déterminer le profil épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif des hémangiomes infantiles A travers une série de cas colligés à la consultation de dermatologie pédiatrique du CHU Hassan II de Fés.

Patient et méthodes

Sur une période de deux ans (2007-2008), 44 cas d'hémangiomes infantiles ont été colligés a la consultation de dermatopédiatrie du CHU Hassan II de Fés. Les données démographiques, les caractéristiques cliniques, les attitudes thérapeutiques et les aspects évolutifs ont été recueillis pour tous les patients. Ces différents paramètres ont été analysés selon le logiciel Epi Info.

Résultats

Sur une période de 2ans, 44hémangiomes ont pu être inclus. Le sexe ratio F/G était de 2,38 avec une nette prédominance féminine. L'âge moyen était de 12mois/-10,32 (extrêmes : 1,5-48mois) et la médiane de 9mois. La majorité des patients étaient de phototype IV (65,9%). Tous les patients étaient issus

d'un accouchement à terme à l'exception d'un seul. Aucun de nos patients n'avait de malformations associées à son hémangiome. La moyenne de date d'apparition des hémangiomes était de 51,81 jours (extrêmes : 1-360 jours). 34% des hémangiomes sont apparus à la naissance et 29,54% au cours du premier mois. Ces tumeurs prenaient différents aspects : dans la moitié des cas, ils ont débuté sous forme d'un halo érythémateux. Le développement était lent pour la totalité des hémangiomes. La forme tubéreuse était retrouvée chez 34 patients (77,3%) et la forme sous cutanée et mixte rencontrée chez 5 patients chacune (11,4%). La majorité des tumeurs était localisée au niveau céphalique (39 hémangiomes = 75%). On notait 7 cas au niveau du tronc (13,46%), 4 cas sur les membres (7,69%) et 2 cas au niveau de la région génitale (3,84%).

L'hémangiome était unique chez 37 patients (84,1%). La moyenne de la taille des hémangiomes était de 1,53cm (extrêmes: 0,4-9cm). 59,1% des hémangiomes étaient en phase de croissance, 29,5% en phase de stabilisation et 11,4% en phase d'involution. 15 patients (34,1%) avaient bénéficié d'un bilan radiologique qui était normal chez la totalité des patients. L'évolution était simple dans la majorité des cas (86,4%). Cependant, des complications sont survenues chez 4 patients (13,6%) à type d'ulcération dans 2 cas, de saignement dans 1 cas et d'extension dans un autre. La majorité des hémangiomes ne constituait qu'un préjudice esthétique. Néanmoins, le pronostic fonctionnel était mis en jeu chez 21 patients (47,7%). L'abstention thérapeutique avec une surveillance régulière était préconisée chez 35 patients (79,5%). Les autres

avaient nécessité une corticothérapie générale (9 patients= 20,5%). La posologie quotidienne de la corticothérapie était de 1 à 2mg/kg. La réponse thérapeutique était bonne chez 4 patients et mauvaise chez un seul. Malheureusement, 4 patients ont été perdus de vue, dont deux avaient eu recours à d'autres alternatives thérapeutiques. 27 patients (61,4%) avaient adhéré à la surveillance régulière durant cette période: les tumeurs étaient stationnaires dans 13 cas (29,5%), ils ont régressé dans 9 cas (20,5%) et ont augmenté de taille dans 5 cas (11,4%).

Discussion

Ce travail confirme la prédominance féminine des hémangiomes et la fréquence de la localisation cervicocéphalique. Trois aspects cliniques peuvent être distingués : la forme tubéreuse, sous-cutanée et mixte. Le nombre des lésions vasculaires est variable, cependant l'hémangiome est souvent unique. Dans plus de 75% des cas, la lésion est de petite taille et régresse spontanément sans cicatrice, mais dans certains cas elle peut mettre en jeu le pronostic esthétique, fonctionnel ou vital de l'enfant par sa localisation et/ou ses complications. L'abstention associée à une surveillance constitue le traitement de premier choix de la majorité des hémangiomes. Néanmoins, dans le cas particulier des localisations périfaciales ou en cas de survenue de complications, d'autres alternatives thérapeutiques peuvent être proposées : corticothérapie générale ou intralésionnelle, interféron α 2a ou 2b, vincristine, cryothérapie, chirurgie précoce, laser ou plus récemment bétabloquants.