BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE
MÉDICAL INTERNATIONAL

Comptes rendus de congrès Bioderma
AAD 2022

Compte rendu rédigé par

Dr Ben ESDAILE

Dermatologue, Royaume-Uni

Prise en charge médicale et chirurgicale des troubles unguéaux

Chers confrères, chères consœurs,
C'est un immense plaisir d'avoir été convié à assister au congrès annuel de l'AAD à Boston pour le compte de Bioderma et de pouvoir vous adresser ces comptes rendus. C'est dans une atmosphère survoltée que s'est ouverte cette conférence mondiale dans le domaine de la dermatologie, la première en présentiel depuis le début de la pandémie. J'ai commencé par assister à la session consacrée à la prise en charge médicale et chirurgicale des troubles unguéaux, lors de laquelle des intervenants formidables, venus des quatre coins du monde, ont fait part de leur expérience.

Ma méthode de prise en charge de l'onychomycose

En début de session, **Shari Lipner** de New York nous a expliqué sa méthode pour la prise en charge de l'onychomycose. Elle nous a parlé de l'importance du dermatoscope pour appuyer le diagnostic clinique, mais aussi de l'importance de confirmer le diagnostic avant de prescrire un traitement systémique. Elle a évoqué l'utilisation potentielle de l'IA à l'avenir en complément de ces technique et le rôle de la télémédecine dans le suivi des patients et de leur traitement. La terbinafine par voie orale reste son traitement de choix chez l'adulte en bonne santé ; elle ne recommande pas de pratiquer des analyses sanguines régulières chez les patients qui ne présentent aucun facteur de risque.

Ma méthode de prise en charge de la mélanonychie longitudinale

Mark J. Holzberg, de Géorgie, a ensuite présenté la prise en charge de la mélanonychie longitudinale. Il a insisté sur l'importance d'examiner les 20 ongles afin de déterminer si un seul ou plusieurs ongles sont touchés. En cas de bande unique à l'évolution suspecte, le mélanome doit être exclu. Il recommande de pratiquer la biopsie au niveau de la matrice unguéale distale, en prélevant un échantillon le plus large possible.

Ma méthode de prise en charge de l'onychotillomanie

Antonella Tosti nous a présenté ses astuces autour de l'onychotillomanie. Elle a souligné l'importance de ne pas passer à côté du diagnostic. Les indices utiles sont les suivants : l'absence de cuticules, une tablette unguéale présentant des croûtes et parfois une pigmentation. Elle nous a montré des astuces utiles au niveau de la dermatoscopie, notamment le motif oblique des saignements au niveau du lit unguéal, ainsi que les ondulations. Elle a ensuite évoqué la possibilité de recourir à la N-acétylcystéine (600 mg 3 fois par jour) et à un changement d'habitude en traitement de ce trouble. Puis ce fut le tour d'**Avner Shemer**, d'Israël, de nous parler de la paronychie aiguë et chronique, en soulignant l'importance de traiter la cause première, particulièrement en cas d'infection. **Adam Rubin**, de Pennsylvanie, a quant à lui abordé le sujet délicat de la mélanonychie chez l'enfant. Il nous a rassurés sur le fait que le mélanome de la matrice unguéale est extrêmement rare chez l'enfant, tout en insistant l'existence de quelques cas. Il nous a présenté des mélanonychies ayant connu une résolution spontanée après quelques années. Il a également souligné l'importance d'une histopathologie de qualité en cas de biopsie.

Ma méthode de prise en charge de l'érythronychie longitudinale

Bianca Maria Piraccini, d'Italie, a simplifié la prise en charge de l'érythronychie longitudinale selon qu'une seule ou plusieurs bandes sont présentes. Quand une seule bande est présente, il convient d'envisager une malignité. Néanmoins, une douleur accentuée par le froid doit évoquer une tumeur glomique. Les petites masses hyperkératosiques sur la partie distale de la tablette unguéale sont utiles pour détecter les onychopapillomes.

Ma méthode de prise en charge des troubles unguéaux chez l'enfant

Jane S. Bellet, de Caroline du Nord, nous a ensuite prodigué quelques conseils utiles face aux troubles unguéaux chez l'enfant. Elle a souligné l'importance d'une approche douce et lente lorsque l'on examine les jeunes enfants. Elle nous a donné des astuces pour reconnaître et prendre en charge l'hypertrophie congénitale des replis unguéaux, notamment les bains, les corticoïdes locaux et les bandages. Elle a également évoqué la détection du lichen striatus de l'ongle à force de patience et d'une approche conservatrice.

Ma méthode pour la prise en charge des tumeurs glomiques

Molly A. Hinshaw, du Wisconsin, nous a donné des conseils pour la prise en charge des tumeurs glomiques, tout en soulignant l'importance d'une intervention chirurgicale facilitée par une bonne localisation préalable, par transillumination, échographie ou IRM. Elle nous a ensuite montré la prise en charge chirurgicale des avulsions unguéales partielles, via une excision large des tumeurs.

Ma méthode de prise en charge du psoriasis

La session s'est poursuivie avec **Dimitris Rigopoulos**, de Grèce, qui nous a donné des conseils concernant la prise en charge du psoriasis de l'ongle. Il a souligné que cette approche doit être personnalisée au cas par cas, selon de multiples facteurs. Il a parlé de la prise en charge locale en fonction du nombre d'ongles touché et selon que la matrice ou le lit unguéal sont atteints ou non. Il a cité une publication récente montrant l'utilisation efficace de trétinoïne 0,025 % pendant 3 mois. Il a également évoqué les corticoïdes et le méthotrexate intralésionnels, ou lorsque plusieurs ongles sont atteints, le méthotrexate, la ciclosporine et l'acitrétine en traitement systémique. Enfin, il a abordé l'utilisation des biologiques et des molécules plus petites.

Ma méthode de prise en charge de la rétronychie

Ce fut ensuite le tour de **Julia O'Brien Baltz**, du Massachusetts, qui a abordé la rétronychie et la superposition de tablettes unguéales, souvent chez la femme et chez les danseurs et danseuses. Elle nous a expliqué que le traitement vise principalement à réduire l'inflammation et à retirer les corps étrangers (tablettes unguéales supplémentaires).

Ma méthode de prise en charge du mélanome sous-unguéal

Nathaniel J. Jellinek, du Nouvelle-Angleterre, a quant à lui abordé la prise en charge du mélanome unguéal. Il a souligné l'importance de la chirurgie fonctionnelle, plutôt que l'amputation.
Si les marges sont de première importance, les chirurgies permettant d'épargner les doigts, particulièrement in situ, ont un impact considérable sur la qualité de vie.

Mon cas préféré

Nous avons par ailleurs découvert deux cas rares et intéressants, dont le premier était présenté par **Chris Adigun**, de Caroline du Nord. Ce dernier nous a montré un dépôt de gadolinium chez un patient à la fonction rénale normale, exposé à du gadolinium et présentant des ongles fragiles et des doigts gonflés et caoutchouteux. En conclusion de cette session, **April Schachtel**, de Washington, nous a montré un cas de sarcoïdose unguéale et de kystes osseux sous-jacents.

Le point sur les troubles pilaires et capillaires

Alopécie frontale fibrosante : approche algorithmique complète

Cette session avait pour but de faire le point sur les troubles pilaires et capillaires en général. Elle était présidée par **Jerry Shapiro**, de New York, qui a commencé par nous présenter son guide pour la prise en charge des alopécies cicatricielles. Il nous a expliqué que les alopécies cicatricielles constituent des urgences trichologiques et nous a recommandé de les traiter selon une approche agressive dès le stade précoce. Il a distingué les alopécies lymphocytiques, neutrophiliques et mixtes. Il nous a montré comment utiliser le dematoscope pour évaluer cette activité. Face au lupus érythémateux disséminé, il a abordé l'utilisation de l'association TCM (application de tacrolimus, puis de corticoïdes locaux et enfin de minoxodil 5 %) et éventuellement de minoxidil oral à faible dose. En cas de maladie plus étendue (> 10 %), il a recommandé l'hydroxychloroquine, en envisageant la prednisolone pendant la transition. Il a évoqué une approche similaire en cas de lichen plan pilaire et de pseudopelade de Brocq. Face à des cas plus récalcitrants, il a parlé du finastéride ou du dutastéride, suivis de pioglitazone ou naltrexone. Enfin, il a abordé l'utilisation possible du laser à excimère et certaines utilisations potentielles du baricitinib.

En ce qui concerne la prise en charge de l'alopécie frontale fibrosante, il a distingué les évolutions rapides et lentes. En cas d'évolution rapide, il a recommandé la prednisolone par voie orale (40 mg/jour pendant 1 semaine, puis réduire de 5 mg chaque semaine pendant 8 semaines). En cas d'évolution lente, il a recommandé l'association TCM ainsi que des injections de corticoïdes intralésionnels. Il a évoqué l'ajout de plusieurs traitements selon la réponse : les inhibiteurs de la 5-alpha réductase (finastéride chez les patientes préménopausées et dutastéride chez les patientes ménopausées), l'hydroxychloroquine, la doxycycline, le minoxidil par voie orale à faible dose, le pioglitazone et le naltrexone. Enfin, en l'absence de réponse, il a également recommandé d'autres traitements : le plasma riche en plaquettes (PRP), le laser à excimère, le mycophénolate, le méthotrexate et les rétinoïdes oraux. Il a également expliqué que les crèmes solaires utilisées dans certains soins visage hydratants peuvent constituer des déclencheurs et a déconseillé les protections solaires chimiques, particulièrement l'oxybenzone et l'avobenzone. Son intervention s'est terminée sur certains traitements nouveaux face à d'autres formes d'alopécies cicatricielles, notamment la metformine 10 % en application locale face à l'alopécie cicatricielle centrale centrifuge (ACCC). Il a également évoqué les traitements nouveaux en cas de folliculite décalvante réfractaire : l'adalimumab et le baricitinib.

Pelade 2022 : quels sont les nouveaux traitements, quels traitements sont en cours d'élaboration et comment procéder ?

Dans la deuxième partie de cette session, **Natasha Atanaskova Mesinkovska**, de Californie, a fait le point sur la pelade. Elle nous a rappelé la prévalence élevée (2 % de la population), chiffre qui augmente parmi certaines populations (par exemple, chez les Afro-Caribéens). Elle a abordé le rôle possible des vaccins et des infections virales, particulièrement dans le contexte de la pandémie de COVID. Elle a ensuite décrit les nouveaux traitements par inhibiteurs de JAK : le baricitinib, le ruxolitinib et le rofactinib, dont elle a souligné les taux de réponse élevés (46 à 75 %) et la bonne tolérance. Ces traitements sont à prescrire au long cours, faute de quoi la perte de cheveux revient. Elle nous a par ailleurs rappelé les mises en garde très importantes concernant le risque d'infection sévère, d'accident cardiaque, de malignité et de thrombose. Enfin, elle a évoqué le rôle potentiel du dupilumab, car de nombreux patients atteints de pelade ont tendance à présenter une hausse des IGE. Elle a suggéré d'utiliser les IGE comme marqueur et d'envisager éventuellement le dupilumab en cas de hausse. En dernier lieu, elle a cité l'étrasimob (modulateur des S1P) en tant que traitement potentiel à l'étude.

Le point sur la chirurgie capillaire

L'intervenant suivant était **Sergio Vano-Galvan**, d'Espagne, qui a fait le point sur la chirurgie capillaire.
Il a évoqué l'importance d'utiliser les bonnes indications pour la greffe de cheveux et l'importance d'essayer préalablement un traitement médical. Il a par ailleurs souligné que la greffe de cheveux ne résout pas le problème initial et qu'un traitement médical reste nécessaire après l'intervention pour prévenir une aggravation. Enfin, il nous a montré sa technique de la microgreffe, tout en nous expliquant le potentiel de la robotique pour assister la chirurgie à l'avenir.

Effluvium télogène chronique : évaluation et traitement

Ce fut ensuite le tour d'**Elise A. Olsen**, de Caroline du Nord, de nous parler de l'effluvium télogène chronique, qui répond à plusieurs mécanismes. Elle nous a expliqué l'importance de mettre en évidence la chute de cheveux généralisée en tirant délicatement sur les cheveux et en détectant les cheveux concernés au dermatoscope. Elle a souligné la nécessité d'établir les antécédents et de pratiquer des analyses sanguines pour vérifier le fer, la vitamine D, le zinc et la fonction thyroïdienne. Sur le plan de la prise en charge, elle a évoqué le minoxidil par voie orale ou en application locale, en informant les patients du risque d'hypertrichose.

Le dermatoscope dans l'évaluation et le traitement des chutes de cheveux

Nous avons ensuite bénéficié d'une masterclass autour de la trichoscopie, par **Antonella Tosti**, d'Italie. Cette dernière nous a montré le rôle du dermatoscope lorsqu'il s'agit de détecter la variabilité capillaire en cas d'alopécie androgénétique, les cheveux cassés en cas de pelade et la perte des follicules en cas d'alopécie cicatricielle. Elle nous a ensuite montré les signes de tissu cicatriciel précoce : les gaines coulissantes péripilaires, le pili torti et la perte des vellus. Enfin, elle a insisté sur l'utilisation de la trichoscopie sur cheveux secs, car les milieux de contact atténuent les signes de desquamation.

Comment aider le dermatopathologiste à établir un compte rendu plus précis et pertinent ?

Après cette masterclass, **Leonard C. Sperling**, de Baltimore, nous a fait une excellente présentation sur les manières d'aider les dermatopathologistes à produire des résultats précis et pertinents. Il nous a expliqué que le compte rendu d'histologie constitue un avis, qui nécessite de choisir la bonne localisation pour la biopsie. Il a insisté sur l'importance de fournir au pathologiste les bonnes informations, tout en choisissant un bon site de prélèvement. Ainsi, il nous a montré qu'en cas d'alopécie non cicatricielle, la meilleure localisation se trouve souvent là où la perte de cheveux est la plus importante. En cas d'alopécie cicatricielle, en revanche, le meilleur site de prélèvement se trouve là où l'atteinte est précoce ou légère. Le dermatoscope peut aider à identifier cette localisation.

Le plasma riche en plaquettes dans le traitement des chutes de cheveux

L'avant-dernière présentation, par **Kristen Irene Lo Sicco**, de New York, portait sur le plasma riche en plaquettes (PRP). Kristen nous a donné des conseils pratiques très utiles, ainsi qu'une vidéo à montrer aux patients pour leur recommander de ne prendre aucun anticoagulant pendant la semaine précédant les PRP. L'alcool est également à éviter juste avant et juste après le traitement. Elle nous a montré l'indication officielle dans la prise en charge de l'alopécie androgénétique, de la pelade et de l'ACCC. Si les mécanismes ne sont pas encore totalement compris, les facteurs de croissance dérivés des plaquettes semblent favoriser la phase anagène et la vascularisation. Enfin, elle nous a montré des techniques d'analgésie, notamment à l'aide de dispositifs à vibrations.

L'alopécie chez les patients présentant ou ayant présenté un cancer

Lors de la dernière présentation de cette session, **Azael David Freites Martinez**, d'Espagne, nous a parlé de la chute de cheveux chez les patients présentant ou ayant présenté un cancer. Il a ainsi évoqué l'alopécie chimio-induite, particulièrement après l'administration de taxanes. Il a également abordé le rôle potentiel des systèmes de refroidissement du cuir chevelu à titre préventif. Il a parlé de l'effet indésirable potentiel des céphalées, avant de passer à l'alopécie chimio-induite permanente. Il a évoqué le traitement potentiel par minoxidil local ou oral, et par sprinolactone orale. Il a insisté sur le fait de ne pas administrer du finastéride ni du dutastéride en cas de cancer du sein. Enfin, il nous a montré des images d'alopécie induite par l'hormonothérapie, particulièrement dans le cancer du sein. Le traitement est similaire face à l'alopécie chimio-induite et l'alopécie induite par l'hormonothérapie.

Cinquante nuances de brun – Les explications scientifiques, les signes et les stratégies face aux troubles de la pigmentation acquis

Pour commencer la deuxième journée de ce congrès, j'ai assisté à une session présidée par **Sandy Tsao**, de Boston, et intitulée « Cinquante nuances de brun ». Le Dr Tsao a souligné à quel point l'évolution de la démographie est importante aux États-Unis, où la population présente une réelle diversité. Elle nous a rappelé que les peaux sombres présentent le même nombre de mélanocytes, la différence résidant au niveau des mélanosomes contenus dans ces mélanocytes. L'hyperpigmentation peut apparaître quand la production de mélanine augmente ou quand la dégradation de la mélanine baisse.

En premier lieu, elle nous a conseillé de localiser les pigments, au niveau de l'épiderme ou du derme. Pour ce faire, elle utilise une lampe de Wood, qui met en évidence les pigments épidermiques. Elle nous a parlé des affections qu'elle voit fréquemment, comme l'hyperpigmentation post-inflammatoire (HPI), le mélasma, le photovieillissement et l'hyperpigmentation périorbitaire (cernes).

Elle nous a conseillé d'expliquer aux patients quel résultat ils peuvent attendre du traitement, avant d'aborder plusieurs options thérapeutiques. Elle a évoqué l'importance d'une bonne protection solaire, en sachant que les nouvelles formules, contenant du dioxyde de titane et de l'oxyde de zinc, protègent également contre la lumière visible. Elle nous a recommandé l'utilisation d'un camouflage cosmétique pour atténuer l'impact énorme des troubles de la pigmentation sur la qualité de vie des patients.

En ce qui concerne les traitements locaux, le Dr Tsao a abordé les avantages et les inconvénients de l'hydroquinone topique (HCQ), tout en s'enthousiasmant pour l'acide azélaïque, qui figure parmi ses options thérapeutiques préférées, de par son effet anti-inflammatoire ainsi que sa capacité à inhiber la tyrosinase. Elle nous a également recommandé les rétinoïdes locaux, qui favorisent le renouvellement épidermique tout en facilitant potentiellement l'absorption d'autres molécules. Parmi les autres ingrédients de cosméceutique cités, figuraient l'acide kojique, le raisin d'ours, l'extrait de réglisse (inhibiteur plus puissant que la HCQ). Il est d'ailleurs intéressant de noter que le Dr Tsao préfère l'extrait de réglisse à la HCQ. Elle a par ailleurs évoqué un bénéfice possible de l'acide ascorbique, antioxydant capable d'inhiber légèrement la production de mélanine. Elle met toutefois en garde contre sa stabilité limitée et son oxydation rapide.

Au sujet du mélasma, elle a évoqué l'acide tranexamique (AT) local et sa difficile absorption. Cette molécule présente néanmoins l'avantage d'inhiber le transfert des kératinocytes et la contraction vasculaire, tout en réduisant l'inflammation. Elle nous a décrit plusieurs bénéfices de l'AT par voie orale (500 mg par jour pendant 3 mois) chez certains patients. Cette posologie peut s'avérer plus utile en cas de mélasma épidermique, mais continue de poser problème lorsqu'il existe un risque de maladie thromboembolique.

Le Dr Tsao nous a ensuite montré l'utilisation des gommages chimiques (superficiels) à l'aide d'acides alpha- et béta-hydroxylés, qui produisent d'excellents résultats. Elle nous a également montré les bénéfices du microneedling face au mélasma récalcitrant, cette technique ayant pour avantage supplémentaire de favoriser l'absorption des molécules comme l'AT. Elle nous a confirmé que le laser est parfois efficace, à condition de l'utiliser dans des cas adaptés et avec prudence. À noter que le laser peut aider face à d'autres types de pigmentations, comme le nævus d'Ota et les taches café au lait. Enfin, elle nous a démontré que le laser colorant pulsé peut être utile face aux aspects vasculaires du mélasma, tout en attirant notre attention sur le potentiel futur des antihistaminiques oraux associés au laser vasculaire dans le traitement du mélasma.

Après cela, **Shadi Kourosh**, elle aussi de Boston, nous a fait part de son approche inspirante face à la dyspigmentation.
Elle a souligné à quel point il est important que tous les dermatologues soient sensibilisés à la diversité des couleurs de peau, en sachant que les peaux sombres représentent plus de la moitié de la population mondiale. Elle nous a expliqué les aspects principaux dans la prise en charge des troubles de la pigmentation, en insistant sur certaines difficultés particulières. Elle nous a rappelé que la tyrosinase reste la principale enzyme ciblée dans la production de mélanine, aux côtés de cibles nouvelles, comme l'enzyme PAR-2, qui participe au transfert de mélanine.

Elle a ensuite cité Confucius : « La nature fait les hommes semblables, la vie les rend différents. »
Elle a décrit les multiples facteurs environnementaux, dont les ultraviolets et la lumière visible. Elle a également évoqué les infrarouges et leur rôle dans certains mélasmas (exemple : un employé de cuisine exposé à la chaleur). Les autres facteurs énumérés comprenaient la latitude, l'altitude, le reflet de la lumière et l'ozone. Elle a également souligné l'importance de la pollution de l'air et la nécessité d'un bon nettoyage pour les populations urbaines.

Elle nous a présenté les grands piliers dans le traitement de l'hyperpigmentation :
1) protéger contre le photovieillissement
2) inhiber la production de mélanine
3) inhiber le transfert des mélanosomes vers les kératinocytes
4) retirer l'excès de mélanine ainsi que les dépôts de mélanine hétérogènes au niveau de l'épiderme

Le Dr Kourosh a évoqué l'importance de la protection solaire, notamment contre la lumière visible. Enfin, elle a passé en revue les traitements locaux et oraux, tout en soulignant les pratiques dangereuses pour la peau aux quatre coins du monde. Par exemple, à Boston, des produits blanchissants comme le glutathione sont utilisés.

Inhibiteurs de JAK – Le nouveau terrain de la dermatologie

Présentation de la voie JAK-STAT

Cette session nous présentait une vue d'ensemble des inhibiteurs de JAK (Janus kinase) ainsi que leur rôle en dermatologie. Elle était présidée par **Brett Andrew King**, du Connecticut, qui a commencé par nous décrire les inhibiteurs de JAK (JAKi) dans leur ensemble, notamment JAK 1, 2, 3 et TYK2, ainsi que les nombreuses cytokines qui utilisent la voie de signalisation JAK-STAT.

Les inhibiteurs de JAK face au psoriasis

Ensuite, **Jeffrey M. Sobell**, de Boston, nous a parlé des inhibiteurs de JAK face au psoriasis. Il nous a montré que plusieurs cytokines importantes dans le psoriasis utilisent les voies de signalisation JAK/STAT. La balance bénéfices/risques des inhibiteurs de JAK 1, 2 et/ou 3 par voie orale doivent encore être étudiée. Le Dr Sobell nous a montré certains effets indésirables potentiels des inhibiteurs de JAK 1 : une hausse du cholestérol en fonction de la dose et une baisse des plaquettes. Certaines études portant sur les inhibiteurs de JAK1/2 (le baricitinib) ont par ailleurs montré une chute des lymphocytes et des neutrophiles, ainsi qu'une anémie et une hausse de la créatinine kinase. Le Dr Sobell nous a expliqué que des JAKi en application locale sont à l'étude, notamment le tofacitinib. Néanmoins, les traitements oraux les plus prometteurs face au psoriasis semblent être uniquement les inhibiteurs de TYK2 (le deucravacitinib). En effet, les résultats de phase III quant à leur efficacité et leur innocuité sont encourageants. Leur profil de tolérance semble notamment favorable, les effets indésirables étant la rhinopharyngite, les infections des voies respiratoires supérieures et de faibles taux de folliculites et d'acné. Les analyses de laboratoire semblent moins problématiques et les résultats sont prometteurs.

Les inhibiteurs de JAK face au vitiligo

Après cela, **David Rosmarin**, lui aussi de Boston, nous a parlé des JAKi dans le traitement du vitiligo. Il a évoqué l'utilisation potentielle du tofacitinib (JAK 1/3) et du ritlécitinib (JAK3i), dont les données cliniques sont prometteuses. Il nous a décrit les bénéfices des JAKi locaux comparativement aux JAKi par voie orale face au vitiligo, étant donné la localisation superficielle de la pathogenèse. Il nous a ensuite montré des résultats du tofacitinib local en traitement de la leucotrichie et du ruxolitinib en crème pour traiter le vitiligo au niveau du visage et du corps. Les études semblent montrer que le traitement est long (plus de 52 semaines). À noter que les JAKi semblent être efficaces lorsque le vitiligo est présent depuis plusieurs années. Les traitements locaux semblent bien tolérés et présentent peu d'effets indésirables, principalement de l'acné et un léger prurit là où le traitement est appliqué. Le visage semble mieux répondre à ces traitements et le Dr Rosmarin a évoqué l'ajout possible de la photothérapie en association à la fois avec les agents oraux et topiques

Les inhibiteurs de JAK face à la dermatomyosite et au lupus

Ruth Ann Vleugels, de Boston, a abordé l'utilisation des JAKi au sein de son établissement spécialisé dans les maladies du tissu conjonctif, notamment face à la dermatomyosite et au lupus. Elle nous a présenté des études de cas excellentes portant sur des dermatomyosites réfractaires qui ont bien répondu au tofacitinib 10 mg deux fois par jour (JAK1/3i). Elle nous a également présenté des enfants ayant bien répondu à ce traitement (5 mg deux fois par jour). Elle nous a ensuite parlé de patients dont le lupus avait partiellement répondu au tofacitinib. En revanche, les données issues des essais cliniques n'ont montré aucune amélioration cutanée clinique sous baricitinib, mais davantage une amélioration sur le plan articulaire. Enfin, le Dr Vleugels nous a fait part de résultats prometteurs sous tofacitinib en traitement des affections sclérosantes.

Les inhibiteurs de JAK face au granulome annulaire et à la sarcoïdose

William Damsky, de New Haven, nous a parlé des JAKi en traitement de la sarcoïdose et du granulome annulaire. Il nous a montré l'excellente réponse de la sarcoïdose (à la fois systémique et cutanée) sous tofacitinib, que ce soit par voie orale ou en application locale. Il nous a ensuite exposé les données d'un essai mené en ouvert dans son hôpital sur 10 patients, donc 6 ont présenté une réponse complète, tandis que les 4 autres ont présenté une réponse partielle, sans le moindre effet indésirable. Il a néanmoins insisté sur le fait que des études comparatives de plus grande envergure sont nécessaires. Enfin, il nous a montré des données et images prometteuses de ses patients atteints d'un granulome annulaire généralisé et traités par tofacitinib oral.

Les inhibiteurs de JAK face à la pelade

Brittany Gareth Craiglow, de New Haven, a quant à elle abordé le rôle potentiel des JAKi en traitement de la pelade. Le message à retenir était que les traitements locaux ne sont pas vraiment efficaces, contrairement aux traitements oraux. En résumé, le ruxolitinib en crème et le delgocitinib en pommade semblent inefficaces. Elle nous a ensuite montré les données d'une étude de phase III publiée très récemment concernant le baricitinib par voie orale. Ce traitement semble très efficace, puisqu'une repousse complète ou presque complète des cheveux a été observée chez la plupart des patients après 6-9 mois. À noter que le Dr Craiglow prescrit du minoxidil par voie orale dans tous les cas et les patients semblent nécessiter un traitement ininterrompu au long cours.

Les inhibiteurs de JAK face à la dermatite atopique

Eric Lawrence Simpson, de l'Oregon, a récapitulé l'utilisation des JAKi en traitement de la dermatite atopique. Sur le plan des traitements topiques, il nous a montré que les premiers résultats sous ruxotilinib en application locale sont encourageants. En effet, l'efficacité semble similaire à des corticoïdes topiques de puissance moyenne, sans effet indésirable significatif. Quant à l'innocuité, elle est excellente avec une absorption minimale. Cependant, le coût de ce traitement reste prohibitif.

Les JAK1 par voie orale viennent répondre à un véritable besoin, notamment de par leur mode d'administration, leur puissance et leur réponse rapide face aux démangeaisons. L'upadacitinib et l'abrocitinib (JAK1i) affichent une bonne réponse, qui semble plus élevée que pour les biologiques. Sous abrocitinib, les patients ont rapporté des nausées, de l'acné et un zona. Les premières données sont encourageantes, malgré un risque très faible de mortalité d'origine cardiovasculaire, de maladie thromboembolique veineuse, de cancer et d'infection sévère. Le choix des patients est donc important.

Les inhibiteurs de JAK face au lichen plan, à l'hidrosadénite suppurée et à d'autres dermatoses

Matthew Vesely, du Connecticut, a mis en lumière l'utilisation des JAKi en traitement de plusieurs dermatoses inflammatoires. En ce qui concerne l'hidrosadénite suppurée, il nous a présenté des données de phase II portant sur les inhibiteurs de JAK1 et montrant une réduction des nodules inflammatoires et une amélioration des résultats rapportés par les patients. Il nous a ensuite exposé des améliorations face au lichen plan, mais aussi un cas de DRESS associé à une atteinte myocardique et ayant présenté une amélioration sous tofacitinib et méthylprednisolone pulsée. Enfin, il nous a montré les résultats prometteurs des JAKi (tofacitinib) en traitement de la morphée, la fasciite à éosinophile et la sclérodermie systémique.

Comprendre les risques associés aux inhibiteurs de JAK

En conclusion de cette session, **Brett Andrew King** a récapitulé le profil de tolérance et les risques associés aux inhibiteurs de JAK. Les événements indésirables légers fréquemment rapportés sont les suivants : infections des voies respiratoires supérieures, céphalées, rhinopharyngites, nausées et acné. Les mises en garde sont similaires pour les traitements oraux et locaux : risque d'infection sévère, de mortalité, de malignité, d'événements cardiovasculaires et de thrombose. Néanmoins, le Dr King a souligné à quel point ces événements sont rares, en sachant qu'ils ont été observés lors d'études concernant la polyarthrite rhumatoïde, parmi une population qui ne correspond pas nécessairement aux patients de dermatologie. Il convient toutefois de faire preuve de prudence chez les patients qui présentent des facteurs de risque.

La chirurgie unguéale simplifiée

Cette session était animée par **Martin N. Zaiac**, de Miami. Il a commencé par souligner qu'avant toute chirurgie, il est nécessaire de localiser la lésion, que ce soit au niveau de la matrice, du lit ou de la partie principale de l'ongle. Il nous a rappelé l'anatomie de l'ongle, tout en nous expliquant que la matrice unguéale proximale pousse plus vite, ce qui donne à la tablette unguéale sa courbure. Il a par ailleurs mis en lumière les sillons parallèles du lit unguéal, avant de nous décrire la formation des hémorragies en éclat.

Son premier conseil très utile concernait les tablettes unguéales épaisses et rigides : il trempe l'ongle et le doigt dans un mélange antiseptique (chlorhexidine et sérum physiologique) pendant 15 minutes avant la chirurgie, ce qui adoucit la tablette unguéale tout en désinfectant le site à opérer.

Pour ce qui est de l'hémostase, il nous a donné un conseil simple : pratiquer un garrot à l'aide d'un gant chirurgical. Pour cela, il enfile un gant de petite taille sur la main du patient, puis coupe l'extrémité du doigt concerné et enroule la partie restante, ce qui forme un garrot simple et à moindres frais.

Ensuite, le Dr Zaiac nous a présenté tout un ensemble de cas, parsemés de conseils utiles. En cas d'hématome sous-unguéal, il perce la tablette unguéale à l'aide d'une aiguille de 18G, ce qui lui permet d'évacuer le sang sans endommager la tablette unguéale. En règle générale, cette intervention ne nécessite aucune anesthésie. Il nous a également montré une technique simple qui permet d'aspirer les kystes mucoïdes à l'aide d'une aiguille afin de prévenir les lésions au niveau de la matrice unguéale.

Pour les tumeurs du lit unguéal, il nous a recommandé d'envisager une radiographie afin d'écarter les exostoses, et ainsi éviter les mauvaises surprises lors de la chirurgie. Si une tumeur glomique est soupçonnée, il nous recommande d'envisager une IRM.

Au sujet de l'anesthésie, son principal conseil consiste à diluer de la lidocaïne et de l'adrénaline dans du sérum physiologique afin d'augmenter le volume tout en réduisant la gêne ressentie par le patient. Il nous a montré comment il pratique les blocs sur le plan distal de l'ongle, avant de pratiquer d'autres injections dans l'hyponychium et la matrice unguéale.

Malgré toutes ces techniques, il a encore une fois souligné l'importance d'épargner la tablette unguéale afin d'atténuer la douleur, tout en obtenant un résultat plus esthétique. Il nous a ensuite montré des vidéos de ses approches face à de nombreuses pathologies : par exemple, en cas d'onychopapillome, il pratique une incision parallèle au niveau de la tablette unguéale, avant de recoudre avec de l'Ethilon 3/0. Il nous a expliqué que lorsque l'on incise la matrice unguéale, il convient de ne pas dépasser une largeur de 3 mm afin de prévenir autant que possible une déformation permanente de l'ongle.

Pour la prise en charge de la mélanonychie, il nous a montré plusieurs techniques qui permettent d'épargner le lit unguéal, notamment la technique de « la biopsie du lit unguéal ». Cette technique consiste à percer la tablette unguéale à l'aide d'un punch, avant d'utiliser un punch plus petit pour pratiquer la biopsie. Après cela, il recolle le fragment d'ongle à l'aide d'une colle extra forte. L'application de cette colle est à renouveler toutes les deux semaines pour que l'ongle reste intact.

Il nous a montré sa biopsie tangentielle matricielle face aux bandes pigmentées plus larges (> 3 mm), en appliquant du sérum physiologique pour soulever la matrice et ainsi faciliter l'intervention. Enfin, il nous a montré une technique de « trappe » visant à préserver la tablette unguéale, tandis que l'enroulement latéral permet d'exposer les zones pigmentées plus larges. Dans ce dernier cas, la tablette unguéale est ensuite suturée.

En conclusion, le Dr Zaiac nous a montré l'importance d'exciser les tumeurs du lit unguéal jusqu'au périoste, en n'oubliant pas de prévenir les patients qu'une onycholyse peut apparaître dans cette zone.

Dermatoscopie avancée

La session concernant la dermatoscopie avancée était animée par plusieurs spécialistes du monde entier.

Lentigo maligna : diagnostic précoce, traitement facilité

Le président actuel de l'International Dermoscopy Society, **Aimilios Lallas** de Grèce, a ouvert la session en nous décrivant son approche inverse pour la détection précoce du lentigo maligna. À un stade précoce, le lentigo maligna peut être très difficile à identifier, car les critères de cette pathologie au dermatoscope (structures rhomboïdales, pigmentation folliculaire asymétrique, points gris, etc.) apparaissent plus tard. L'approche inverse consiste à identifier au moins une des 6 caractéristiques bénignes qui permettent un diagnostic différentiel entre la kératose actinique et le lentigo solaire. Pour la kératose actinique : squames, ouvertures folliculaires blanches et larges (rosettes) et érythème. Pour le lentigo solaire : lignes parallèles (empreintes) ou réticulaires, bord bien marqué et présence de caractéristiques classiques de la séborrhée (kystes de type grains de milium et orifices semblables à des comédons). Quand l'une de ces caractéristiques prédomine, il s'agit probablement d'une affection bénigne. En revanche, si aucune de ces caractéristiques n'est présente, il convient d'exclure le lentigo maligna.

Les lésions pigmentées sur les peaux très pigmentées

Bengu Nisa Akay, de Turquie, a ensuite abordé l'utilisation du dermatoscope sur les peaux très pigmentées. Elle a souligné le nombre insuffisant d'études concernant la dermatoscopie sur les peaux très pigmentées et la difficulté de certains cas. Elle nous a montré des astuces pour détecter les dermatoses inflammatoires : par exemple, les lignes blanches pour identifier le lichen plan pigmentogène, les obstructions folliculaires en cas de mycosis fongoïde folliculotrope et en cas de lupus discoïde facial. Puis elle nous a montré en quoi il est difficile d'identifier les tumeurs sur les peaux très pigmentées. Elle nous a ainsi montré des exemples de zones bleu-noir dénuées de structure et présentant des follicules au sein des nævi, tandis qu'en cas de CBC, ces zones bleues non structurées ont tendance à détruire les follicules pileux. En cas de kératose séborrhéique, les orifices de type comédons sont parfois très pigmentés et le voile bleu-blanc peut compliquer le diagnostic. Enfin, elle a mis en lumière les difficultés liées aux pigmentations parallèles en cas de nævus acral bénin sur les peaux très pigmentées.

Prédiction du sous-type de carcinome basocellulaire à l'aide du dermatoscope : comment et pourquoi ?

Ofer Reiter Agar, d'Israël, a évoqué l'utilisation du dermatoscope pour identifier les quatre principaux sous-types de CBC : nodulaire, superficiel, infiltrant et morphéiforme. Il nous a décrit toutes les caractéristiques du CBC, notamment les globules MAY découverts récemment (globules jaunes et blancs agrégés). Il nous a montré qu'en identifiant le sous-type de CBC, il peut être plus facile de programmer un traitement adapté. Il nous a ensuite présenté les données d'une grande méta-analyse concernant les caractéristiques les plus prévisibles dans chaque sous-type. Voici un résumé :

CBC nodulaire - vaisseaux arborescents (75 %) et structures blanches et brillantes (43 %) Dans le CBC nodulaire pigmenté, la caractéristique la plus fréquente est la présence de nids ovoïdes bleu-gris (36 %).

CBC superficiel - fond blanc-rouge brillant (79 %), télangiectasies courtes et fines (60 %) et petites érosions (43 %). CBC morphéiforme - zones blanc porcelaine (75 %), ulcérations (58 %) et vaisseaux arborescents (51 %). CBC infiltrant - vaisseaux arborescents (76 %), taches et lignes blanches et brillantes (100 %) et ulcérations (44 %). Enfin, le Dr Reiter-Agar nous a montré le réseau négatif rose présent en cas de tumeur fibroépithéliale de Pinkus et les diveres caractéristiques des carcinomes basosquameux.

Télédermatoscopie : conseils et pièges à éviter

John Paoli, de Suède, nous a prodigué des conseils pour la télédermatoscopie.

Premier conseil : ne pas avoir peur et se lancer.

Deuxième conseil : le dermatoscope nous donne des indices pour savoir si la lésion présente une substance.

Troisième conseil : montrer à nos confrères/consœurs qui nous envoient des données comment réaliser des clichés de haute qualité.

Quatrième conseil : évaluer les nouvelles applications autour de la télédermatoscopie pour les chirurgiens, le personnel infirmier et nos autres confrères/consœurs.

Le Dr Paoli nous a par ailleurs mis en garde concernant plusieurs pièges, notamment les images en direct, comparativement au fait d'enregistrer et transférer des clichés en différé. Enfin, il nous a recommandé de baisser notre seuil pour les examens en présentiel des lésions mélanocytaires atypiques.

L'intelligence artificielle dans la pratique clinique de la dermatologie

Dans la dernière partie de cette session, **Konstantinos Liopyris**, de Grèce, nous a parlé de l'intelligence artificielle dans la pratique de la dermatologie. Il nous a expliqué que l'IA pourrait être intégrée à la pratique clinique dans les années à venir. Puis il nous a montré clairement en quoi l'IA pourrait assister les dermatologues, en apaisant nos éventuelles craintes face à cette technologie.

La télédermatologie

Télédermatologie : passé, présent et avenir

En ouverture de cette session, **Joseph C. Kvedar** de Boston a examiné le passé, le présent et l'avenir de la télémédecine. Il a tout d'abord évoqué la taxonomie de la télémédecine, entre d'une part les téléconsultations en temps réel, et d'autre part l'utilisation de technologies pour le transfert de données. Il nous a ensuite décrit les avantages et les inconvénients de ces technologies, le principal avantage étant le gain de temps et les principaux inconvénients étant les lacunes au niveau des antécédents et la mauvaise qualité d'image. Puis il nous a expliqué que, comme lors des consultations « normales », il est possible de poser des questions claires dans le cadre des téléconsultations. Néanmoins, la qualité de la connexion Internet pose problème. Enfin, il nous a décrit les principales limites de la télédermatologie : la perte du contact physique, la qualité d'image, la visualisation claire des zones sur lesquelles des poils ou des cheveux sont présents, la difficulté des lésions pigmentées et l'incapacité à examiner le corps dans son ensemble.

Comment la dermatologie m'a permis de m'en sortir pendant la pandémie

Ce fut ensuite le tour de **Seemal R. Desai**, du Texas, de nous expliquer comment il s'en est sorti pendant la pandémie, contexte qui l'a obligé à utiliser la télédermatologie presque du jour au lendemain. À noter que de nombreux dermatologues ont fermé leur cabinet pendant 4 à 6 semaines, car au plus fort de la pandémie, les actes médicaux qui n'étaient pas considérés comme des urgences vitales sont devenus illégaux aux Texas. Son message à retenir : il estime que la télédermatologie a amélioré sa pratique. Aujourd'hui encore, il effectue 15 % de ses consultations en télémédecine et les patients sont très satisfaits.

Recherches et enseignements délivrés par le plus grand programme de télédermatologie, le KP NCAL

Sangeeta Marwaha, de Kaiser Permanente en Californie, nous a fait part de son expérience auprès de nombreux dermatologues qui utilisent la télédermatologie selon diverses configurations, via le transfert des données. Elle nous a montré les données de presque 350 000 téléconsultations pendant la pandémie, dont environ un tiers ont requis une présence en personne chez les dermatologues, tandis que pour les autres patients, la prise en charge s'est faite à distance. La qualité d'image était mauvaise dans 7 à 9 % des cas lorsque les clichés étaient réalisés en consultation, contre 12 % quand ils étaient réalisés par les patients eux-mêmes. Les dermatologues mélangent désormais les consultations en présentiel et les téléconsultations à 50-50. Les messages à retenir : s'efforcer d'améliorer la qualité d'image et de fournir des informations et des vidéos ; et améliorer la communication à destination des patients, en prévoyant des réponses standards qui soient compréhensibles pour eux.

Les leçons des VA en matière de télédermatologie avant et après la pandémie

Dennis H. Oh, de San Francisco, nous a quant à lui décrit son expérience de la télédermatologie au sein de l'US Department of Veterans affairs, qui a pratiqué plus d'un million de téléconsultations au cours des dix dernières années. Leur modèle repose sur la présence en clinique pour la réalisation des clichés. Il nous a expliqué les problèmes posés par ce modèle pendant la pandémie, en sachant que les consultations ont chuté de 90 % lors du confinement. À l'heure actuelle, la télédermatologie représente 20 % des consultations ; dermatologues et patients sont satisfaits.

La télédermatologie pendant la pandémie : enseignements à retenir pour l'avenir

Jules Lipoff, de Pennsylvanie, nous a présenté les enseignements à retenir concernant la télédermatologie à l'issue de la pandémie. Il nous a lu la position officielle de l'AAD, en soulignant l'importance d'une télédermatologie de qualité. À ce sujet, il a rappelé la fracture numérique qui existe aux États-Unis, où certains patients ne possèdent pas une connexion suffisante pour les téléconsultations.

Nouvelle pratique hybride, mêlant télémédecine et consultations en présentiel

Ensuite, **Trilokraj Tejasvi** du Michigan nous a présenté la nouvelle pratique hybride qui est entrée dans les mœurs, mêlant télémédecine et consultations en présentiel. Dans le cadre de ce modèle, la télédermatologie utilise à la fois le transfert d'images et la téléconsultation. Il nous a dévoilé un modèle de répartition en fonction des problèmes. Par exemple, consultations en présentiel pour une évaluation du corps entier, des lésions cutanées ou des éruptions diffuses. Il a ensuite évoqué le potentiel de la télédermatologie, tout d'abord pour des affections comme l'acné, en transmettant des clichés en amont de la téléconsultation. Il a toutefois recommandé de toujours offrir la possibilité d'une consultation en présentiel pour les patients qui le préfèrent.

Apprivoiser la technologie pour une pratique durable de la télédermatologie

George Han, de New York, a évoqué la mise en place d'une configuration future dans le cadre de laquelle la télédermatologie utilisera des plateformes de qualité et intuitives. Il a insisté sur l'importance de la qualité d'image. Il a également abordé les différences entre les plateformes sur application ou sur Internet, ainsi que la collaboration avec les concepteurs de ces technologies pour les améliorer et les apprivoiser. Enfin, il a décrit les problèmes rencontrés par l'IA dans le cas des peaux sombres en raison des écarts entre les banques d'images utilisées.

Télédermatologie : comble-t-elle les écarts dans la prise en charge ou aggrave-t-elle la fracture numérique ?

Cory Simpson, de Washington, a lui aussi souligné la fracture en termes de qualité des soins la prise en charge, ainsi que le rôle potentiel de la télémédecine lorsqu'il s'agit de combler les inégalités parmi les groupes marginalisés et mal desservis. Néanmoins, cette amélioration dépend de l'accès à la technologie. Au niveau des patients, les obstacles sont l'habileté numérique, l'obstacle de la langue ainsi que les handicaps physiques et mentaux. Le Dr Simpson a évoqué la manière de surmonter ces obstacles, par exemple en déployant le haut débit et en ouvrant un accès via d'autres ressources comme les bibliothèques, les centres médicaux locaux et la participation d'un tiers aux téléconsultations lorsque les patients parlent une autre langue ou ont besoin d'un accompagnement.

La télédermatologie en pédiatrie : conseils pratiques pour la prise en charge de la génération Internet

Sarah S. Asch, du Minnesota, nous a prodigué des conseils en matière de télédermatologie auprès des enfants. Elle nous a expliqué que ses patients (nés à partir de 2004), ainsi que leurs parents, ont grandi dans un univers axé sur la technologie (génération Internet). Elle nous a donné quelques conseils utiles : par exemple, prévoir un casque pour les adolescents, afin de pouvoir leur poser des questions délicates, auxquelles ils pourront répondre par « oui » ou par « non », en présence de leurs parents.

Intégration de l'IA et symbiose avec la télémédecine

Ivy Lee, qui est spécialisé dans l'IA, nous a expliqué l'utilisation de la télémédecine et de l'intelligence artificielle. Elle nous a décrit l'IA comme une association des données et des mathématiques. Elle nous a par ailleurs présenté le concept de l'intelligence augmentée en complément de l'intelligence humaine. L'IA pourrait potentiellement nous assister dans la prise de décisions cliniques, l'orientation des patients et le contrôle qualité. Ceci étant, il faut que l'IA soit sans danger et équitable. En effet, si certains groupes sont laissés de côté, la fracture numérique ne fera que s'aggraver.

La sensibilisation via Internet dans le domaine de la dermatologie pédiatrique

Susan Boiko, de San Diego, nous a parlé de la sensibilisation via Internet dans le domaine de la dermatologie pédiatrique. Elle nous a montré son équipe d'étudiants en médecine, qui délivrent des informations très utiles (Good Skin Knowledge) sur divers sujets, de l'acné à la protection solaire. Ce programme s'est fixé une mission importante : allier diversité, équité et inclusion.

La télédermatologie dans le monde : aperçu

En conclusion, **Karen McKoy** de Boston a évoqué la télédermatologie dans le monde. Comme elle nous l'a montré, son utilisation a fait un véritable bond depuis le début de la pandémie. Le Dr McKoy a toutefois souligné les inégalités dans la mise à disposition de ce service, notamment dans les pays en voie de développement.

Compte rendu rédigé par

Dr Ricardo LIMONGI

Dermatologue, Brésil

Chers collègues,
C'est un grand honneur de pouvoir assister une fois de plus (et cette fois en personne) à l'assemblée de l'American Academy of Dermatology (AAD) 2022, qui se déroule à Boston. En partenariat avec Naos/Bioderma, j'ai le plaisir de vous présenter le programme des sessions auxquelles j'ai assisté aujourd'hui. Commençons ! Bonne lecture !

Où sont les preuves ? Une évaluation critique des recommandations les plus courantes en cosmétique

Dans un domaine où les preuves font souvent défaut, cette session portait sur les faits et la fiction en dermatologie esthétique. Elle a notamment permis d'aborder les recommandations les plus couramment émises en dermatologie esthétique, y compris les recommandations en matière de pré et post-traitement. Les conférenciers ont évalué les preuves qui sous-tendent ces approches. Que sait-on et qu'ignore-t-on ? Parmi les questions et les sujets abordés, citons les neuromodulateurs, les produits de comblement, les écrans solaires, les cosméceutiques, ainsi que les thérapies au laser et à base d'énergie.

Dispositifs laser ou à base d'énergie : distinguer le vrai du faux

Le Dr **Mathew M. Avram** a débuté cette session en rappelant que les lasers ne sont jamais parfaits, qu'il faut éviter d'adopter une approche trop linéaire consistant à mémoriser ou à reproduire des réglages, et qu'il faut prendre garde aux appareils non calibrés. Il a évoqué les concepts erronés en matière de dispositifs laser ou à base d'énergie, du type : « les lésions vasculaires profondes ne répondent pas bien aux lasers à colorant pulsé (LCP) » ; « les tatouages s'enlèvent facilement au laser » ; « les lasers sont plus efficaces avec des paramètres de traitement agressifs ». Dans ce cas, il est parfois nécessaire de privilégier des densités plus élevées à la profondeur de traitement, comme pour les cicatrices d'acné. En ce qui concerne les cicatrices en général, densité accrue n'est pas synonyme d'efficacité accrue. Pour les cicatrices érythémateuses, les fluences les plus faibles sont les plus efficaces. Il existe un autre mythe selon lequel « le laser n'améliore pas la santé, seulement l'esthétique ». Le Dr Avram a présenté des données prouvant que le laser fractionné contribue à réduire la kératose actinique et que les LCP et les lasers à 1064 nm permettent d'éliminer le carcinome basocellulaire. Selon lui, le succès d'un traitement repose sur une observation minutieuse, de solides compétences en dermatologie clinique et une bonne dose de scepticisme.

Mythes liés à la toxine botulique : distinguer le vrai du faux

Le Dr **Frederick C. Beddingfield** était chargé d'évoquer les mythes liés à l'utilisation de la toxine botulique. Le premier d'entre eux consiste à penser que « des produits différents donnent des résultats différents ». Selon le Dr Beddingfield, il n'existe aucune preuve solide permettant de trancher la question. Cependant, on obtient généralement de bons résultats avec tous les produits homologués. Le deuxième mythe est le suivant : « le profil de diffusion varie d'une formulation de BoNTA à l'autre ». Sur ce point, le Dr Beddingfield souligne que rien ne permet de l'affirmer et que ce n'est probablement pas pertinent dans les applications esthétiques. Le troisième mythe est lié à l'importance clinique de la charge protéique. Selon le Dr Beddingfield, il s'agit uniquement d'une préoccupation théorique car l'immunogénicité est très faible pour tous les produits. Quatrième mythe : « les anticorps neutralisants sont des facteurs déterminants de l'échec du traitement dans les indications esthétiques ». D'après la littérature scientifique, la plupart des patients en échec de traitement sont négatifs pour les anticorps BoNT. Cinquième mythe : « la solution reconstituée a son importance ». Le Dr Beddingfield recommande de ne pas agiter le flacon (une reconstitution trop brutale a prolongé de 42 % la durée de la paralysie chez les souris étudiées). Il reconnaît également que la solution saline préservée présente certains avantages dans la réduction des douleurs. Sixième mythe : « le volume injecté a son importance », bien qu'il ne soit sans doute pas significatif à des doses esthétiques. Septième mythe : « les protocoles post-traitement sont largement étayés par des preuves cliniques ». Le Dr Beddingfield estime que leur importance est moindre, mais considère toutefois opportun et peu risqué de faire travailler les muscles après l'application.

Mythes liés aux produits de comblement : distinguer le vrai du faux

Le troisième intervenant, le Dr **Rebecca L. Fitzgerald**, a présenté 6 idées reçues concernant les produits de comblement :
1- La principale raison qui pousse les gens à se rendre dans un cabinet d'esthétique est d'améliorer leur apparence. En réalité, ils veulent se sentir mieux, dans une logique où sourire = se sentir mieux, et se sentir mieux = sourire.
2- On sait toujours si quelqu'un a eu recours à des produits de comblement. C'est surtout le cas lorsque le comblement ne concerne que la partie médiane du visage. Il ne faut jamais négliger les parties latérales.
3- Elle est trop jeune pour ça. Cela peut parfois s'avérer très indiqué.
4- Est-ce que l'on utilise une canule ou une aiguille ?
5- Est-ce que l'on doit aspirer ou pas ? Le Dr Fitzgerald insiste sur le fait qu'il faille nuancer les réponses à ces questions selon les cas, en raison de l'incertitude des données.
6- Allons-nous tous passer une échographie ? Eh bien, certaines peuvent être abordables et utiles, surtout si l'on envisage une rhinoplastie secondaire.

Lésions pigmentées : distinguer le vrai du faux

Le Dr **David E. Fisher** a rappelé que l'activité cancérigène de la synthèse de la phéomélanine est amplifiée par les UV. Mais on peut se demander pourquoi les phototypes inférieurs (I et II) présentent moins de nævus que le phototype III. Une hypothèse existe selon laquelle les personnes aux cheveux roux présenteraient des nævus « invisibles » contenant de la phéomélanine et non de l'eumélanine. Une autre pathologie associée à la phéomélanine et au risque de mélanome est liée à la maladie de Parkinson, en raison de la L-Dopa administrée aux patients et du niveau plus élevé de phéomélanine que ces derniers produisent. UVA + phéomélanine = risque plus élevé de mélanome, d'où l'importance de faire barrage aux UVA (valeur potentielle de l'activité antioxydante).

Traiter les patients présentant un type de peau IV et V selon la classification de Fitzpatrick : distinguer le vrai du faux

Le Dr **Andrew F. Alexis** a tout d'abord déclaré que le photovieillissement n'est pas un problème pour les types de peau IV et VI selon la classification de Fitzpatrick, car il semble moins sévère et retardé d'une ou deux décennies. En fait, on observe un schéma différent par rapport au photovieillissement des phototypes inférieurs. Les premiers signes se manifestent par des altérations pigmentaires, des irrégularités de texture, des néoplasmes faciaux bénin et des changements structurels intrinsèques, bien plus que par les rides et ridules que l'on retrouve dans les phototypes inférieurs. Si l'on en croit une autre idée reçue, le resurfaçage au laser est contre-indiqué pour les types de peau IV et VI selon la classification de Fitzpatrick. Le Dr Alexis recommande le recours à des intensités de traitement plus faibles et l'utilisation prophylactique d'hydroquinone, avant et après, pour minimiser l'hyperpigmentation post-inflammatoire (HPI). Celle-ci peut être prise en charge dans le cadre de traitements des cicatrices d'acné, tels que la subcision, le TCA, la radiofréquence, les micro-aiguilles, le laser picoseconde, etc. Selon le Dr Alexis, la détermination du phototype n'est pas un indicateur précis pour prédire l'HPI. L'échelle de pigmentation des plis palmaires est sans doute plus précise. Le plus important est désormais de connaître le patient : ses origines, sa sensibilité au soleil, aux blessures ou à l'inflammation et ses antécédents de cicatrices chéloïdes et hypertrophiques.

Écrans solaires : quelles sont les preuves ?

Le Dr **Steven Q. Wang** a abordé la question de l'absorption systémique des écrans solaires. Les études montrent que l'absorption systémique dépasse les seuils. Néanmoins, ces études sont peu fiables en ce qui concerne la quantité d'écran solaire. En outre, cela ne suppose pas de toxicité ou de préjudices. Selon la FDA, les écrans solaires sont sans danger et leur utilisation par des millions de personnes pendant des décennies constitue également une preuve solide de leur profil de sécurité. En ce qui concerne la polémique sur l'oxybenzone et sa toxicité pour les récifs coralliens, le Dr Wang a pointé plusieurs limites de ces études, notamment la difficulté de maintenir les coraux en vie dans des conditions de laboratoire et la faible solubilité de l'oxybenzone dans l'eau. En réalité, la situation des récifs coralliens pourrait être liée au réchauffement des océans.

Cosméceutiques : quelles sont les preuves ?

Enfin, le Dr **Molly Wanner** a présenté les effets de l'exposition à la lumière bleue (hyperpigmentation, ERO, dommages subis par les kératinocytes et les fibroblastes), dans un contexte où les déclarations concernant la protection contre la lumière bleue ont augmenté de 170 %. Les études montrent que nous sommes bien plus exposés au soleil qu'aux écrans (1 à 2 heures = 2 semaines). Elle a conclu en recommandant le recours à une protection contre la lumière bleue pour les patients atteints de mélasma, de HPI et après les procédures laser, au moyen d'écrans solaires teintés contenant de l'oxyde de fer et des particules de grande taille.

Acné et rosacée

Cette session a permis de faire le point sur les traitements de pointe contre l'acné et la rosacée. Les conférenciers ont comparé les options de traitement actuelles contre l'acné et la rosacée, et ils ont examiné les informations relatives aux bonnes pratiques en matière d'utilisation de l'isotrétinoïne, de l'hormonothérapie et des antibiotiques.

Le point sur la pathogenèse de l'acné
& Nouveautés dans le traitement local de l'acné

Le Dr **Richard L. Gallo** a passé en revue la pathogenèse de l'acné, suivi du Dr **Linda F. Stein Gold**, qui a évoqué les nouveaux médicaments, notamment la combinaison de trétinoïne microencapsulée à 0,1 % et de benzoyle microencapsulé à 3 % (le processus d'encapsulation ayant assuré la compatibilité des composants), la combinaison de 1,2 % de phosphate de clindamycine + 3,1 % de peroxyde de benzoyle et 0,15 % d'Adapalène. Elle a également mentionné la durée du lavage au peroxyde de benzoyle, par exemple, 30 secondes pour la concentration à 5 ou 10 %, et 15 minutes pour la concentration à 2,5% ! Elle a insisté sur le rôle des rétinoïdes topiques qui régulent l'hyperprolifération folliculaire, diminuent l'inflammation et la concentration de C. acnes, mais ne réduisent pas le sébum. C'est le rôle de la clascotérone, qui entre en compétition avec la DHT pour la liaison au récepteur des androgènes.

Les enjeux du traitement de l'acné chez la femme

Le Dr **Julie Claire Harper** a présenté une approche pratique de l'utilisation de la spironolactone. Elle privilégie un dosage de 100 mg et l'utilisation concomitante de contraceptifs oraux. Un dosage plus élevé est synonyme d'effets secondaires plus importants. Inutile de vérifier le taux de K+ chez les femmes en bonne santé âgées de 18 à 45 ans, aucune preuve d'un risque accru de cancer du sein, il faut compter 3 mois pour que le médicament fasse effet, traitement probable à long terme, généralement associé à des produits topiques.

Le traitement des peaux de couleur

Le Dr **Andrew F. Alexis** a décrit le traitement de l'acné chez les personnes de couleur, qui donne de bons résultats, et parvient presque à éliminer l'HPI. Il a plaidé pour l'utilisation de l'acide azélaïque pour les peaux de couleur.

Conseils pour le traitement des cicatrices d'acné

Le Dr **David M. Ozog** a quant à lui proposé des conseils pour le traitement des cicatrices d'acné. Dans la physiopathologie de la formation des cicatrices d'acné, il a souligné le fait que les lésions présentaient des infiltrats de lymphocytes B et que l'inflammation provoquait la destruction irréversible des glandes sébacées. Les principaux types de cicatrices sont les taches pigmentaires, les cratères, les taches érythémateuses et les cicatrices maculaires. Le traitement peut avoir lieu pendant une thérapie par isotrétinoïne (à l'exception d'une dermabrasion mécanique et de dispositifs entièrement ablatifs). Les produits topiques tels que le tazarotène peuvent modifier les cicatrices. Les lasers ablatifs fractionnés offrent le meilleur compromis entre efficacité et effets indésirables. La technique des micro-aiguilles se répand et constitue désormais le traitement le plus fréquent pour les cicatrices d'acné. Elle est particulièrement efficace lorsqu'elle est associée à d'autres procédures. La technique CROSS avec de l'acide trichloracétique à 100 % et des seringues à aiguilles BD constitue la meilleure alternative pour les taches érythémateuses. Au minimum 2 séances. Les cicatrices en cratères sont plus faciles à traiter (subcision, micro-aiguilles, agents de comblement dermique). La photothérapie dynamique en lumière rouge et le laser à colorant pulsé sont de bonnes techniques pour le traitement des cicatrices maculaires/érythémateuses.

Surveillance et prise en charge des effets indésirables de l'isotrétinoïne

Dans son exposé sur la surveillance et la prise en charge des effets indésirables de l'isotrétinoïne, le Dr **John S. Barbieri** a donné de précieux conseils concernant la prise en charge des effets indésirables cutanéo-muqueux : utilisation d'omégas 3 à raison d'1 g par jour, avec augmentation des symptômes de sécheresse des lèvres, du nez et de la peau. Par ailleurs, l'utilisation d'antihistaminiques (5 mg/jour de lévocétirizine) associée à l'isotrétinoïne permet de réduire l'incidence des poussées initiales. Il n'a cependant pas mentionné les mécanismes impliqués. En ce qui concerne les tests de suivi, le Dr Barbieri est convaincu que l'on teste trop les patients sous isotrétinoïne.

Nouveautés dans le traitement de la rosacée

Lors de sa présentation des nouveautés dans le traitement de la rosacée, Le Dr **Hilary E. Baldwin** a évoqué le BPO microencapsulé (beaucoup moins irritant) et la minocycline à libération prolongée à faible dose, ainsi que la sarécycline, un antibiotique de la classe des tétracyclines approuvé pour le traitement de l'acné modérée à sévère et qui semble bien fonctionner sur la rosacée. Concernant l'acné ou la rosacée du masque, elle a mis en évidence les facteurs pouvant être impliqués dans leur genèse, comme la hausse de la température, l'augmentation du sébum, la perturbation de la fonction barrière, ou encore la dysbiose. Parfois, une dermatite de contact sur la zone couverte par le masque peut être diagnostiquée à tort comme une rosacée.

Les lasers et autres dispositifs pour le traitement de l'acné et de la rosacée

Selon le Dr **Emmy M. Graber**, l'efficacité des lasers (KTP, LCP, infrarouge, CO2) et les dispositifs lumineux (IPL, LED, radiofréquence et appareils à lumière bleue) ne peut être évaluée qu'à la suite d'études plus rigoureuses. Quant à la photothérapie dynamique, elle semble efficace sur l'acné mais ses effets ne sont que temporaires. Depuis peu, le laser 1064 (homologué par la FDA) peut être associé à de bons résultats dans le traitement de l'acné. Il en va de même pour deux dispositifs dotés d'une longueur d'onde de 1726 nm (aucun n'a encore été homologué par la FDA). Selon le Dr Graber, l'IPL est sans danger pendant le traitement à l'isotrétinoïne. À ses yeux, le LCP semble plus efficace que l'IPL pour traiter l'érythème. Trois « perles » pour finir :
1- Le laser est sans danger (6 à 12 mois après l'isotrétinoïne).
2- Un protocole simple comme bonjour (3 traitements mensuels par LCP, 5 mm, 7,5 mJ/cm, 6 ou 3 msec).
3- Plus c'est rouge, mieux c'est (utiliser un sèche-cheveux, arrêter la brimonidine ou l'oxymétazoline).

Le point sur le traitement des troubles pigmentaires dans l'acné et la rosacée

Le Dr **Seemal R. Desai** a décrit la pathogénie de l'HPI, notamment les médiateurs inflammatoires (PGE2) et les leucotriènes (LTC4 et LTD4), qui stimulent tous deux les mélanocytes et entraînent une perturbation de la couche basale de l'épiderme. Les options thérapeutiques sont les suivantes : rétinoïdes topiques, acide azélaïque, hydroquinone, peelings chimiques, produits cosméceutiques, réconfort et patience. Le tazarotène semble plus efficace que l'adapalène. Le Dr Desai conseille de préparer la peau (avant et après les peelings) avec de l'hydroquinone à 4 % et d'arrêter les rétinoïdes topiques 7 jours avant le peeling. Il recommande une séquence de 5 à 6 peelings toutes les 2 à 3 semaines. En ce qui concerne l'acide tranexamique oral, le dosage optimal semble être de 250 à 500 mg par jour. La cystéamine exerce physiologiquement une puissante action antioxydante sur la peau, avec de multiples effets sur les voies de la mélanogenèse.

Bilan de l'année : Articles intéressants tirés de publications en sciences fondamentales et cliniques

Descriptif

Lors de cette session, les Drs **Adela Rambi G. Cardones** et **Kevin C. Wang** ont mis en lumière les articles parus durant l'année écoulée et présentant un intérêt en dermatologie clinique. Ils ont mis l'accent sur les articles de sciences fondamentales ainsi que sur ceux publiés dans des revues non axées sur la dermatologie mais susceptibles d'avoir un impact sur les soins cliniques en dermatologie :
1- High dose, high frequency Ustekinumab therapy for patients with severe hidradenitis suppurativa (Traitement par ustékinumab à dosage et fréquence élevés chez les patients atteints d'hidradénite suppurée sévère) (Br J Dermatol 2022) ;
2- Abroctinib versus placebo or Dupalimumab for Atopic Dermatitis (Abroctinib versus placebo ou dupalimumab dans la dermatite atopique) (N Engl J Med 2021) ;
3- Efficacy and safety of Ruxolitinib cream for the treatment of atopic dermatitis. Results from 2 phase 3, randomizes, double blind studies (Efficacité et innocuité de la crème ruxolitinib dans le traitement de la dermatite atopique. Résultats de 2 études de phase 3, randomisées, en double aveugle) (J Am Acad Dermatol 2021) ;
4- Cardiovascular and cancer risk with Tofactinib in Rheumatoid Arthritis (Risque cardiovasculaire et cancéreux du tofactinib dans la polyarthrite rhumatoïde) (NEJM 2022) ;
5- Long COVID in the skin: a registry analysis of COVID-19 dermatological duration (Le COVID long et la peau : analyse du registre de la durée du COVID-19 sur le plan dermatologique) (Lancet Infect Dis 2021) ;
6- Lack of association between pandemic chilblains and SARS-CoV-2 infection (Absence d'association entre les engelures pandémiques et l'infection par le SRAS-CoV-2) (2022) ;
7- Using deep learning for dermatologist-level detection of suspicious pigmented skin lesions from wide-field-images (Utilisation de l'apprentissage profond pour la détection au niveau dermatologique de lésions cutanées pigmentées suspectes à partir d'images à grand champ).
8- Lack of transparency and potential bias in artificial intelligence data sets and algorithms (Manque de transparence et partialité potentielle des ensembles de données et des algorithmes d'intelligence artificielle) (JAMA 2021).
9- Consensus-bases recommendations of the prevention of SCC in solid organ transplant recipients. A Delphi consensus statement (Recommandations consensuelles sur la prévention du SCC chez les receveurs d'organes solides. Déclaration de consensus selon la méthode Delphi) (JAMA 2021).
10- Effect of Nicotinamide in sin cancer and Actinic Keratoses Chemoprophylaxis, and adverse events related to Nicotinamide - A systemic review and meta-analysis (Effet de la nicotinamide dans la chimioprophylaxie du cancer du sinus et des kératoses actiniques, et effets indésirables liés à la nicotinamide - Examen systémique et méta-analyse) (J Cuban Med Surg 2022).
11- Assessment of the diagnostic accuracy of baseline clinical examination and ultrasonographic imaging for the detection of lymph node metastasis in patients with high-risk cutaneous SCC of the head and neck (Évaluation de la précision diagnostique de l'examen clinique de base et de l'imagerie ultrasonographique pour la détection des métastases des ganglions lymphatiques chez les patients présentant un risque élevé de SCC cutané de la tête et du cou.).

Voici un résumé des sessions auxquelles j'ai eu la chance d'assister lors de ce premier jour de l'AAD à Boston, un congrès au programme très dense, au contenu et aux informations extraordinairement riches. J'espère que vous avez apprécié ce résumé et j'ai hâte de vous retrouver demain. À bientôt !

Chers amis, La deuxième journée et la plus dense de l'assemblée 2022 de l'AAD était vraiment passionnante. Je suis ici, en partenariat avec Naos/Bioderma, pour vous transmettre en avant-première certaines des informations les plus intéressantes de cette journée.

Innovations thérapeutiques

Cette session a passé en revue les nouveautés et les innovations thérapeutiques destinées aux patients atteints de psoriasis, de mélanome, de kératose actinique, d'acné, de rosacée, de troubles pigmentaires, de maladies capillaires, de maladies des ongles et de cancer de la peau non mélanocytaire. Les intervenants ont abordés les sujets d'actualité les plus récents et une session de 3 heures a ainsi permis de couvrir quasiment tout le spectre de la dermatologie, du champ médical à la cosmétique en passant par la dermatologie chirurgicale.

Nouveautés dans le traitement de l'hyperpigmentation

Sur le thème « les nouveautés dans le traitement de l'hyperpigmentation », le Dr **Pearl E. Grimes** a insisté sur l'objectif de la qualité de vie. Les moyens thérapeutiques sont axés sur la photoprotection (lumière visible, ultraviolette et infrarouge), les agents éclaircissants (la triple combinaison est la plus efficace), les antioxydants (polypodium leucotomos 480 mg, glutathion 250 à 500 mg, vitamine E 400 à 800 U, niacinamide 500 mg, pycnogénol 5 mg, extrait de pépins de raisin et silymarine), les produits exfoliants, hydratants, les agents anti-angiogéniques (antihistaminiques H1 et H2, acide tranexamique), les interventions (peelings chimiques, microdermabrasion, micro-aiguilles, PRP, laser, IPL) et les traitements émergents (LYT2, protection anti-décoloration, soin correcteur de teint multi-actions, 4-n-butylrésorcinol, méthimazole, cystéamine, silymarine, thiamidol, acide tranexamique).

Nouveaux traitements en dermatologie pédiatrique

Le Dr **Lawrence F. Eichenfield** a présenté les nouveaux traitements en dermatologie pédiatrique, notamment les nouveaux agents topiques utilisés dans l'eczéma de l'enfant (le ruxolitinib, inhibiteur de JAK1 et JAK2, le tapinarof, agoniste du récepteur d'aryl hydrocarbone et le roflumilast, inhibiteur des PDE-4) ainsi que les nouvelles thérapies systémiques (Dupilumab, inhibiteur oral de JAK1), et d'autres agents en cours d'étude. Pour le traitement ciblé du psoriasis pédiatrique, il existe quatre agents approuvés par la FDA : l'ixékizumab, le sécukinumab l'ustékinumab et l'étanercept. De nombreux autres agents sont actuellement à l'étude. Les autres innovations thérapeutiques concernent le molluscum : un dispositif à base de cantharidine à 0,7 % (excellentes données) et l'application locale d'oxyde nitrique. Un traitement ciblé à l'alpélisib pour les angiomes avec excroissance associés aux mutations PIK3CA/PROS et un nouveau scabicide : le spinosad suspension topique à 0,9 %.

Nouveautés en matière de cancer de la peau

Au sujet des traitements contre le cancer de la peau, le Dr **Darrell S. Rigel** a fait état d'une étude de phase II sur le gel topique rémétinostat chez des patients atteints de BCC, qui semble être efficace et bien toléré. Selon lui, la méconnaissance du risque chez les minorités raciales entraîne un retard de diagnostic du mélanome. Il a présenté les principaux traitements ciblant les voies du mélanome, regroupés en thérapie antitumorale ciblée (BRAF : vemurafenib, dabrafenib, et MEK : tramétinib et cobimétinib) et inhibiteurs des points de contrôle immunitaires (CTLA-4 : ipilimumab, et PD1 : nivolumab, pembrolizumab, atézolizumab).

Nouveautés en médecine esthétique

Pour le Dr **Susan H. Weinkle**, la formidable mutation de la dermatologie esthétique repose sur une meilleure compréhension de la beauté et du processus de vieillissement, ainsi que sur un plus large choix de produits, de procédures et de techniques d'injection. L'augmentation des tissus mous a ainsi évolué du simple traitement des rides au remodelage complet du visage. Parmi les innovations en matière de produits de comblement, le Dr Weinkle a mis l'accent sur la gamme RHA de Téoxane (Genève) qui propose un nouveau concept rhéologique. Elle a toutefois émis des réserves quant à une utilisation non autorisée des produits de comblement dermique. Pour le remodelage du visage, elle préconise un traitement associant l'acide désoxycholique pour les bajoues, l'acide hyaluronique pour les joues et la toxine botulique pour le menton et le DAO. Elle estime qu'au bout du compte, le mieux est souvent l'ennemi du bien et que les patients redoutent de voir leurs lèvres excessivement gonflées et leur visage figé. Ils veulent avant tout avoir l'air naturel.

Nouveautés dans le traitement du vitiligo

Selon le Dr **Seemal R. Desai**, 2022 sera l'année du vitiligo. Ayant lui-même fait l'expérience du vitiligo dans sa famille, il considère qu'il s'agit d'une maladie dévastatrice, en particulier pour les individus d'origine indienne. Extraits audio.
1- Diminution du mélanome (3 fois moins de risque par rapport à la population générale)
2- Le visage est superbe ! (70 à 80 % des lésions sont entièrement ou partiellement repigmentées).
Pour stabiliser le vitiligo, il recommande une thérapie orale par mini-impulsions de dexaméthasone à raison de 4 mg/jour sur 2 jours consécutifs par semaine (posologie divisée par 2 chez les enfants de moins de 16 ans), des antioxydants (surtout en association avec la photothérapie) comme l'acide alpha-lipoïque, la vitamine E ou C, une thérapie ciblée avec du ruxolitinib en crème. Jamais de monothérapie !

Nouveautés dans le traitement de la chute des cheveux

Le Dr **Jerry Shapiro**, qui s'exprimait sur le thème « Troubles capillaires et pousse des cheveux », a répondu à 5 questions :
1- Le minoxidil par voie orale à faible dose fonctionne-t-il dans les troubles capillaires et la voie orale est-elle plus efficace que la voie topique ? Conclusion : Bien qu'il n'y ait pas de différence significative au niveau de la densité des cheveux, la tendance est à une plus grande amélioration dans le groupe oral. Le minoxidil par voie orale est plus efficace pour réduire la perte de cheveux. Le Dr Shapiro préconise une dose initiale de 0,625 mg/jour pour les femmes et de 1,25 mg pour les hommes. On peut aller jusqu'à 5 mg par jour.
2- Faut-il privilégier le finastéride par voie topique ou orale dans l'alopécie androgénétique ? Le traitement topique est idéal pour les patients qui redoutent les effets indésirables du finastéride oral sur la libido. Le traitement topique est d'ailleurs presque aussi efficace que le finastéride par voie orale.
3- La clascotérone est-elle efficace dans l'alopécie androgénétique ? La même clascotérone que celle utilisée pour traiter l'acné, mais sous une forme différente et à une concentration de 7,5 %, semble fonctionner dans l'alopécie androgénétique.
4- Quelles sont les nouveautés dans le traitement de l'alopécie cicatricielle ? Le traitement de la folliculite décalvante avec le baricitinib donne de bons résultats.
5- Quelle est l'efficacité des inhibiteurs de JAK dans l'alopécie areata (AA) ? Les inhibiteurs de JAK (baricitinib et ritlecitinib) changent véritablement la donne dans le traitement de l'AA. Les deux fonctionnent à merveille et vont sans doute inaugurer une nouvelle ère dans le traitement de l'AA.

Nouveautés dans le traitement du psoriasis

Le Dr **Mark Lebwohl** a exposé de solides données concernant les thérapies ciblées dans le traitement du psoriasis, telles que le tapinarof, le deucravacitinib, l'aprémilast, le bimékizumab, le soneloinab, l'upadacitinib, le baricitinib et les bloqueurs d'IL23.

Nouveautés dans le domaine des produits anti-infectieux

Le Dr. **Theodore Rosen** a donné des informations sur les nouveaux produits anti-infectieux, notamment l'ozenoxacine (quinolone non fluorée topique), comparable à la rétamapuline, l'omadacycline (spectaculaire sur les morsures de chats et de chiens), l'aminométhylcycline qui présente une résistance peu commune, le cabotégravir, plus efficace et plus pratique que la voie orale (deux injections, à un mois d'intervalle puis Q2 mois), le dispositif à base de cantharidine à 0,7 %, l'abamétapir comme agent anti-poux à application unique, l'otéséconazole, dont les propriétés sont similaires à l'imidazole et aux triazoles, le técovirimat pour la variole, Ebanga et Inmazeb pour Ebola.

Sujets d'actualité

Le symposium traitait ces « sujets d'actualité » définis par consensus par les personnes inscrites, qui reflètent véritablement les préoccupations et les intérêts des membres. Cette session était un « pot-pourri » de sujets médicaux/chirurgicaux avec une portée sociale et économique. Des intervenants chevronnés ont apporté des documents retraçant les avancées, soulignant les tendances et les développements récents et insistant sur les traitements émergents et innovants. Les présentations concernaient la dermatologie, étaient pertinentes d'un point de vue clinique et pouvaient s'appliquer directement aux soins des patients.

Troubles capillaires et pousse des cheveux

Le Dr **Jerry Shapiro**, qui s'exprimait sur le thème « Troubles capillaires et pousse des cheveux », a répondu à 5 questions :
1- Le minoxidil par voie orale à faible dose fonctionne-t-il dans les troubles capillaires et la voie orale est-elle plus efficace que la voie topique ? Conclusion : Bien qu'il n'y ait pas de différence significative au niveau de la densité des cheveux, la tendance est à une plus grande amélioration dans le groupe oral. Le Minoxidil par voie orale est plus efficace pour réduire la perte de cheveux. Le Dr Shapiro préconise une dose initiale de 0,625 mg/jour pour les femmes et de 1,25 mg pour les hommes. On peut aller jusqu'à 5 mg par jour.
2- Faut-il privilégier le finastéride par voie topique ou orale dans l'alopécie androgénétique ? Le traitement topique est idéal pour les patients qui redoutent les effets indésirables du finastéride oral sur la libido. Le traitement topique est d'ailleurs presque aussi efficace que le finastéride par voie orale.
3- La clascotérone est-elle efficace dans l'alopécie androgénétique ? La même clascotérone que celle utilisée pour traiter l'acné, mais sous une forme différente et à une concentration de 7,5 %, semble fonctionner dans l'alopécie androgénétique.
4- Quelles sont les nouveautés dans le traitement de l'alopécie cicatricielle ? Le traitement de la folliculite décalvante avec le baricitinib donne de bons résultats.
5- Quelle est l'efficacité des inhibiteurs de JAK dans l'alopécie areata (AA) ? Les inhibiteurs de JAK (baricitinib et ritlecitinib) changent véritablement la donne dans le traitement de l'AA. Les deux fonctionnent à merveille et vont sans doute inaugurer une nouvelle ère dans le traitement de l'AA.

La dermatite atopique

En ce qui concerne la dermatite atopique, le Dr **Eric Lawrence Simpson** pense que le traitement de la DA précoce doit être envisagé de façon agressive en recourant à un traitement proactif approprié, à l'arrêt des stéroïdes et à la réalisation d'autres diagnostics en cas d'apparition ou d'aggravation des rougeurs du visage. Le traloimumab est une nouvelle option thérapeutique sans danger. Les inhibiteurs sont des traitements puissants pour les défaillances biologiques.

Les thérapies au laser et à base d'énergie

Le Dr **Murad Alam** a mis en avant un nouveau dispositif intéressant de lipolyse non invasive, comprenant une diode à 1064 nm robotisée sans contact, sans ecchymose ni douleur, utilisée dans un essai clinique récent, mais uniquement approuvé par la FDA pour le traitement de la graisse abdominale. Le produit froid injecté lors de la lipolyse cible la graisse sous-cutanée et se présente sous la forme de petites particules de glace en suspension dans un fluide porteur.

Dermatologie pédiatrique

Le Dr **Kelly M. Cordoro** a présenté un florilège de « perles » issues de la pratique pédiatrique. Elle a souligné qu'en dermatologie pédiatrique, il est souvent plus risqué de sous-traiter que d'intervenir. Elle recommande l'utilisation de minoxidil par voie orale (1.25 à 5 mg/jour) et de spironolactone dans le traitement de l'AGA chez les adolescentes. La N-acétylcystéine (NAC) modifie les niveaux de glutamate dans le cerveau et elle est indiquée dans troubles de l'excoriation (600 à 2 400 mg/jour). En ce qui concerne le traitement du psoriasis, le Dr Cordoro recommande de personnaliser le traitement (notamment en évaluant les préférences familiales) et de repenser parfois l'échelle thérapeutique (produits topiques -> photothérapie -> produits systémiques -> produits biologiques). Elle avertit également que les signes qui s'avèrent inquiétants chez l'adulte sont fréquents dans les nævus pédiatriques bénins et se présentent sous forme de mélanonychies longitudinales. Il faut donc faire preuve de prudence.

La dermatite de contact

Le Dr **David Eric Cohen** a abordé des sujets d'actualité concernant la dermatite de contact. Selon lui, le nickel est l'allergène le plus important lors des tests, et si l'on examine les groupes d'allergènes, les parfums arrivent en tête. Il ajoute que la pathogenèse n'est pas la même pour tous les groupes d'allergènes. La sensibilisation dépend de l'haptène, de l'hôte, de la concentration et de la surface. Les individus portant des piercings ont une sensibilité au nickel nettement plus élevée lors des tests épicutanés. Plus les piercings sont nombreux, plus la sensibilité est élevée. Les patients doivent donc présenter leurs propres métaux lors des tests de contact. L'aluminium est l'allergène de l'année, sans doute en lien avec les vaccins anti-COVID.

L'acné

Le Dr **Arielle Rachel Nagler** a abordé les sujets d'actualité en matière d'acné. Elle a notamment décrit la pathogénèse de l'acné du masque (ou mask-né), impliquant un microclimat humide, une charge bactérienne et une friction qui provoquent une inflammation folliculaire chronique. Elle suggère l'utilisation de nettoyants antibactériens doux et d'un hydrogel à base de rétinoïdes/antibiotiques. Une méta-analyse n'a montré aucune augmentation du risque de cancer de manière générale dans le cadre de l'utilisation de la spironolactone. Un contrôle du potassium n'est pas nécessaire chez les adultes en bonne santé. Aucun lien entre troubles psychiatriques et isotrétinoïne n'a pu être établi. Néanmoins, les tendances suicidaires sont nettement plus élevées dans l'année qui suit la prise d'isotrétinoïne, pour des raisons encore inconnues. La metformine améliore la sensibilité des tissus périphériques à l'insuline, réduisant ainsi le taux d'IGF1 et les hormones androgènes. La clascotérone 1 % crème est un nouvel inhibiteur topique des récepteurs des androgènes, qui entre en compétition avec les androgènes, en particulier la DHT, en se liant au récepteur des androgènes. Elle réduit la production de sébum et l'activation des voies inflammatoires. La minocycline topique 4 % mousse diminue la résistance bactérienne. Le trifarotène 0,005 % crème cible le récepteur de l'acide rétinoïque (RAR) gamma, le RAR le plus répandu dans la peau. Les antagonistes des récepteurs de la mélanocortine sont à l'étude. Ils pourraient permettre de diminuer la production de sébum et la taille des glandes sébacées. L'oxyde nitrique, qui inhibe C. acnes grâce à des mécanismes oxydatifs et aux métabolites, est en cours d'étude, de même que les cannabinoïdes de synthèse, aux propriétés antiséborrhéiques, antimicrobiennes et anti-inflammatoires.

Le psoriasis

Le Dr **Kenneth B. Gordon** a mis en évidence les éléments véritablement nouveaux dans le traitement du psoriasis. Parmi les produits topiques, il a mentionné le roflumilast (l'inhibition de la PDE4 augmente le taux d'AMPc -> médiateurs anti-inflammatoires) et le tapinarof (se lie aux récepteurs d'aryl hydrates -> voies anti-inflammatoires). Il est impatient de pouvoir utiliser ces produits topiques prochainement. Concernant les agents systémiques, le bimékizumab (anticorps monoclonal IgG1 qui se lie aux deux isoformes d'IL17) est celui qui présente les données les plus convaincantes. Le deucravacitinib est un inhibiteur spécifique de TYK2 qui n'a pas d'impact sur les autres voies JAK du point de vue de la sécurité.

Les maladies auto-immunes

Dans son exposé sur les maladies du tissu conjonctif, le Dr **Joseph F. Merola** a indiqué que la majorité des patients atteints de LED (lupus érythémateux discoïde) qui développent par la suite un LES (lupus érythémateux systémique) le font moins de 1 à 2 ans après le diagnostic de LED. La durée moyenne d'évolution est de 453 jours, avec une progression de 303 jours pour le premier quartile. La prise en charge du lupus érythémateux (LE) cutané implique des mesures de photoprotection, l'arrêt du tabac, une supplémentation en vitamine D et le dépistage du LES. Traitement de 1ère ligne : antipaludéens ; 2ème ligne : MTX, MMF, dapsone, acitrétine ; 3ème ligne : thalidomide, lenalidomide, médicaments biologiques (belimumab et autres). Envisager un dosage sanguin de l'hydroxychloroquine en cas de LE cutané réfractaire. Thérapies émergentes : inhibiteur de BDCA2, anifrolumab, inhibiteurs de cereblon, JAK/TYK. L'injection de toxine botulique au niveau des mains est une option thérapeutique dans le syndrome de Raynaud. La prise en charge de la dermatomyosite implique une photoprotection stricte et l'utilisation de MTX, de MMF et d'IVIg. Thérapies émergentes : tofacitinib, ruxolitinib, inhibiteurs de TYK2.

Mélasma et peaux de couleur : le point en 2022

Le mélasma représente un défi permanent pour les peaux de couleur. Cette session avait pour objectif de définir, d'examiner et de formuler une stratégie de prise en charge efficace pour ces patients. L'accent a été mis sur les nouveaux actifs topiques dans le traitement des troubles pigmentaires des peaux de couleur, sur l'utilisation des peelings chimiques et des micro-aiguilles, ainsi que sur les dispositifs laser et à base d'énergie utilisés dans cette affection complexe.

Mon approche du mélasma : les conseils d'un expert

Le Dr **Cheri Frey** a attiré l'attention sur le diagnostic différentiel du mélasma : mélanose de Riehl, hyperpigmentation médicamenteuse, lichen plan pigmentogène, acanthosis nigricans, ochronose exogène. La dermatoscopie peut permettre de diagnostiquer l'ochronose en révélant la présence de globules bleus. Le Dr Frey encourage vivement les dermatologues à utiliser des procédés tels que les peelings chimiques, les micro-aiguilles, la radiofréquence, le laser (Nd-YAG à faible fluence, Q-switched et Nd-YAG 1064 nm à courte durée d'impulsion de 650 microsecondes).

Examen scientifique approfondi de l'acide tranexamique

Le Dr **Imara-Safi Scott** a présenté une étude portant sur l'acide tranexamique (AT). L'AT est un inhibiteur de la plasmine qui empêche le plasminogène de se lier aux kératinocytes -> ce qui diminue la production de prostaglandine -> ce qui diminue l'activité de la tyrosinase. Il diminue également l'angiogenèse et l'expression du VEGF en réduisant l'activité des mastocytes. Il existe des preuves de l'efficacité de l'AT topique, mais des preuves supplémentaires sont nécessaires. L'efficacité de l'AT par voie orale est mieux documentée.

Tour d'horizon des produits en vente libre pour traiter le mélasma

Le Dr **Kavita Mariwalla** a répertorié les actifs les plus efficaces des médicaments en vente libre contre le mélasma, notamment la niacinamide, l'acide tranexamique, l'hydroquinone, la vitamine C, le bakuchiol, la cystéamine, l'acide azélaïque, l'acide mandélique et la trétinoïne.

C'était un résumé de ce qui s'est passé aujourd'hui lors de l'assemblée 2022 de l'AAD à Boston. J'espère que vous avez apprécié ce compte-rendu !

Les troubles capillaires simplifiés

Cette session a montré une approche pratique des troubles capillaires axée sur les principales différences et sur les traitements. Les participants ont été informés sur la façon d'évaluer l'alopécie cicatricielle, l'alopécie non cicatricielle et sur le traitement de l'alopécie cicatricielle.

Diagnostic de l'alopécie non cicatricielle par trichoscopie

Le Dr **Rodrigo Pirmez** s'est penché sur les principaux aspects du diagnostic de l'alopécie non cicatricielle par trichoscopie. Pour l'AGA (alopécie androgénétique), la miniaturisation (> 20 %) constitue le meilleur marqueur. La diversité des diamètres est corrélée à la sévérité de la pathologie. Il peut être utile de comparer les régions frontale et occipitale. Des unités folliculaires à cheveu unique et des points jaunes (follicules sans tige) sont également visibles. Dans l'ATE, on note la présence de cheveux courts qui repoussent. L'AA (alopécie areata) se caractérise par un pseudomoniletrix, des cheveux cassés, des points noirs (casse au ras de la peau) et des cheveux en point d'exclamation. Les cheveux fins sont un signe d'activité de la maladie et non de repousse. En revanche, les cheveux courts et les cheveux en « queue de cochon » sont bien des signes de repousse. Les points jaunes sont liés à une télogénisation prolongée. La trichotillomanie fait apparaître des cheveux cassés de différentes longueurs, avec des plaques qui ne sont jamais totalement glabres. Dans la teigne du cuir chevelu, la trichoscopie permet un diagnostic initial afin de démarrer le traitement sans attendre les résultats de la mise en culture. Les signes habituels sont les suivants : cheveux en tire-bouchon, en virgule, en code morse, en zigzag, ou présence de bandes blanches. Les cheveux en tire-bouchon ou en virgule suggèrent la présence d'un Trichophyton nécessitant l'usage de terbinafine. Les cheveux en code morse ou en zigzag suggèrent quant à eux la présence d'un Microsporum nécessitant l'usage de griséofulvine ou d'itraconazole.

Traitement et suivi de l'alopécie non cicatricielle

Le Dr **Jerry Shapiro** a expliqué de quelle manière il gère les cas de TE (effluvium télogène), d'AGA et d'AA. La première démarche consiste à faire dire au patient : « Mes cheveux étaient normaux jusqu'à... ». Les principaux tests de laboratoire à effectuer sont la TSH, la ferritine, le zinc, la vitamine D, la testostérone libre et totale, la DHEAS, la prolactine, le FAN, le complément et la NFS. Les facteurs déclenchants du TE sont les médicaments, le stress, l'alimentation, les troubles endocriniens et auto-immuns. Le processus naturel comprend une mue de 3 à 6 mois et une repousse de 12 à 18 mois. Le traitement de l'AGA chez la femme implique l'utilisation de minoxidil topique en première intention, en association avec la spironolactone/le dutastéride lorsque la monothérapie échoue, on peut ajouter du minoxidil à faible dose (0,625 à 2,5 mg/jour). Les autres options sont le bicalutamide (25 à 50 mg), le PRP, les analogues de la prostaglandine, les implants et la greffe capillaire. Selon son expérience, les micro-aiguilles ne sont pas efficaces. La mesure des cheveux se fait généralement à 12 cm de la glabelle à la ligne d'implantation des cheveux et, en cas de raréfaction au niveau des tempes ou du vertex, à 10 cm du canthus externe et 24 cm de la glabelle, respectivement. Dans l'AA, les injections intralésionnelles de corticostéroïdes constituent le traitement de première ligne. Le Dr Shapiro préconise de faibles concentrations avec des volumes plus élevés (9 cc pour 90 injections, 2,5 mgcc). Des cures courtes (6 semaines) de corticostéroïdes oraux peuvent stimuler la pousse des cheveux. Le méthotrexate constitue une alternative. Les inhibiteurs de JAK (tofacitinib, ruxolitinib, baracitinib) changent véritablement la donne dans le traitement de l'AA.

Conseils pour l'évaluation et le diagnostic de l'alopécie cicatricielle

Le Dr **Melissa Piliang** a expliqué que l'historique de l'alopécie cicatricielle doit inclure les données nutritionnelles, les symptômes, les antécédents et les traitements antérieurs. Les tests de laboratoire comprennent des évaluations de la santé dans son ensemble, des analyses nutritionnelles et hormonales, un lien ayant été établi entre alopécie cicatricielle et maladie thyroïdienne. D'autres tests peuvent être pratiqués si cela est indiqué. La dermoscopie et la lampe de Wood peuvent faciliter le diagnostic. Des biopsies doivent être réalisées au niveau des zones périphériques des plaques. L'AFF (alopécie frontale fibrosante) concerne en priorité les femmes en post-ménopause, chez qui elle touche les sourcils dans 50 à 75 % des cas, et plus rarement les cils. Présence de duvet corporel. Les indices cliniques sont l'hypopigmentation, des veines proéminentes, la perte des sourcils/cils, le gradient de densité. Manifestations inhabituelles : hommes, femmes jeunes, région pariétale du cuir chevelu/ophiase. Attention à la kératose lichénoïde.

Perles dans la prise en charge de l'alopécie cicatricielle

Le Dr **Maryanne Makredes Senna** a exposé quelques « Perles dans la prise en charge de l'alopécie cicatricielle ». En ce qui concerne le LPP (lichen plan pilaire), l'AFF et l'ACCC (alopécie cicatricielle centrale centrifuge), il convient avant tout d'éviter les ingrédients potentiellement nocifs dans les soins personnels. On utilisera la metformine topique à 10 % (ACCC), les anti-inflammatoires topiques ou le tacrolimus, les injections intralésionnelles de corticostéroïdes tous les 3 mois (maximum 0,25 à 0,5 mg tous les centimètres). Deuxième étape : l'hydroxychloroquine, la photothérapie, le dutastéride, la naltrexone (3 mg/jour), la cétirizine/fexofénadine, la gabapentine. Troisième étape : les inhibiteurs de JAK par voie orale. Les taux de tests positifs pertinents sont plus élevés que ceux rapportés dans la population générale. Les écrans solaires et les crèmes hydratantes sont associés au risque d'AFF. Il est très important de se rappeler que le risque de rétinopathie associé à l'hydroxychloroquine est presque multiplié par cinq en cas d'utilisation de tamoxifène. En ce qui concerne la FD (folliculite décalvante), la première étape implique la prise de fluocinonide ou de clobétasol 2 à 3 fois/semaine, le lavage au BPO, la prise de doxycycline 100 mg 2 x/jour ou de céfalexine 500 mg 2 x/jour. Injections intralésionnelles de stéroïdes dans le cuir chevelu tous les 3 mois. Deuxième étape : prednisone ou isotrétinoïne par voie orale (1 mg/kg/jour pendant 8 à 10 mois, puis 10 mg/jour pendant 6 mois). La troisième étape consiste à administrer de la dapsone (75 à 100 mg), de l'adalimumab ou de l'infliximab.

Astuces de coiffage et conseils utiles dans l'alopécie touchant les cheveux ethniques

Le Dr **Yolanda M. Lenzy** a présenté quelques astuces de coiffage et conseils utiles dans l'alopécie touchant les cheveux ethniques. Elle a rappelé que les cheveux ethniques nécessitent toujours des soins doux et que l'utilisation de shampooings traitants, par exemple, devait être limitée à 1 à 2 fois par semaine. Attention à l'utilisation de soins thermo-protecteurs. Même s'ils protègent des agressions, ils augmentent le risque d'exacerber l'AT (alopécie de traction) et l'ACCC. Importance de changer régulièrement de coiffure. Exemples de coiffures : tresses en boîte, coiffure au crochet, locks traditionnels ou sisterlocks, tresses plaquées, chignon relevé sur tresses collées, twist-out à deux brins. Le Dr Lenzi recommande un traitement wash & go comprenant shampooing et après-shampooing, démêlage, soin en gel à l'aloé ou aux graines de lin, séchage, coupe bouclée et utilisation d'une charlotte en satin pour la nuit.

Traitements chirurgicaux et alternatifs de l'alopécie

Le Dr **Meena Kuimari Singh** a présenté les avantages et les inconvénients de l'extraction d'unités folliculaires (FUE). Entre autres avantages, citons : absence de cicatrice linéaire, possible pour les patients dont le tissu donneur est limité et les patients à tendance chéloïde, un taux de transsection des follicules potentiellement égal à celui d'une ellipse de donneur. Parmi les inconvénients, citons la nécessité de couper une zone plus large (ce qui peut être un problème pour les femmes), le temps nécessaire et le coût.

Tirer le meilleur parti de vos rapports de pathologie concernant l'alopécie

Selon le Dr **Lynne J. Goldberg**, les évaluations des cas de perte de cheveux sont complexes, les biopsies sont souvent utiles, mais la corrélation clinico-pathologique est parfois mauvaise. Le fait de donner des informations cliniques, en indiquant, par exemple, que la biopsie a été pratiquée au bord de la lésion, peut contribuer à rendre l'analyse plus précise.

Réussir la meilleure présentation de votre vie à tous les coups !

La clé d'une présentation efficace consiste à se sentir passionné par le sujet et à transmettre cette passion au public de manière claire, concise et divertissante. Les techniques abordées peuvent aider les participants à identifier leurs passions, à mettre de côté leur nervosité, à préparer une présentation mémorable adaptée à un public spécifique, à la présenter de manière impeccable et à envisager avec impatience leur prochaine « performance ».

Selon le Dr **Steven Shama**, parler en public fait partie des angoisses les plus courantes, avant le vertige, la mort ou les insectes. Son exposé avait pour objectif d'essayer de transformer les réticents en résistants, les résistants en adeptes et les adeptes en candidats. Ses quatre secrets sont les suivants :
N° 1 Connaître son sujet. Parlez de ce qui vous intéresse, de ce qui vous passionne. Trouvez quelque chose qui vous fascine dans ce sujet. Trouvez une histoire qui se rapporte à votre sujet. C'est encore mieux s'il s'agit de votre histoire. Pratiquez, encore et encore.
N° 2 Se connaître soi-même. Soyez vous-même. Parlez comme si vous vous adressiez à votre meilleur ami. Soyez conscient que vous êtes seul et qu'il vous faut plaire à tout le monde.
N° 3 Connaître son public : il rêve de succès. Créez un lien avec lui. Donnez-lui de l'importance. Donnez-lui le sentiment d'être unique.
N° 4 Connaître les lieux. Arrivez tôt. Rencontrez le technicien audiovisuel et préparez-vous aux imprévus. Autres réflexions... soyez prêt pour les questions du public. Cela peut même devenir un moment agréable de votre conférence.

Le Dr **Hillary Baldwin** a proposé quelques conseils supplémentaires. Si vous voulez faire une présentation informelle, autant faire les choses bien. Attention à votre gestuelle, évitez de vous agripper au lutrin, de mettre les mains dans les poches. Soignez votre mise en scène en changeant le rythme, en faisant des pauses et en augmentant le volume. Pensez à formuler les points clés. Faut-il utiliser des diapositives ou pas ? Oui pour les diapos mais pas trop. Et pour illustrer les chiens et les enfants, utilisez des personnages de dessins animés.

La photoprotection

Des experts de premier plan ont discuté des connaissances actuelles et des nouvelles innovations en matière de photoprotection. Cette session a permis de démystifier les idées fausses et les polémiques courantes autour des écrans solaires. Elle a également permis de porter un regard neuf sur la photoprotection du futur, en mettant en évidence les difficultés et les perspectives liées à l'évolution du cadre réglementaire de la FDA.

Les Drs **Darrell S. Rigel** et **Steven Q. Wang** ont abordé la question de l'absorption systémique des écrans solaires. Les études montrent que l'absorption systémique dépasse les seuils. Néanmoins, ces études sont peu fiables en ce qui concerne la quantité d'écran solaire. En outre, cela ne suppose pas de toxicité ou de préjudices. Selon la FDA, les écrans solaires sont sans danger et leur utilisation par des millions de personnes pendant des décennies constitue également une preuve solide de leur profil de sécurité. En ce qui concerne la polémique sur l'oxybenzone et sa toxicité pour les récifs coralliens, le Dr Wang a pointé plusieurs limites de ces études, notamment la difficulté de maintenir les coraux en vie dans des conditions de laboratoire et la faible solubilité de l'oxybenzone dans l'eau. En réalité, la situation des récifs coralliens pourrait être liée au réchauffement des océans. Selon le Dr Darrell, outre les UV, la photoprotection doit passer par des écrans solaires teintés et des antioxydants tels que : la niacinamide, la licochalcone A, les caroténoïdes, les vitamines E et C, l'acide glycyrrhétinique, le DESM, et les nouveaux filtres qui couvrent les UVA1 (TriAsorB) et la lumière visible. Les agents oraux sont utiles : thé vert, grenade, resvératrol, curcumine, silymarine. Une photoprotection exhaustive comprend ombre, vêtements, couvre-chef, lunettes de soleil et écrans solaires.

Cela a été un privilège de participer à cette assemblée 2022 de l'AAD et, en partenariat avec Naos/Bioderma, de partager ce que j'ai appris avec des collègues du monde entier.
J'espère que cela été instructif pour vous aussi. Restez prudents et à bientôt pour le prochain événement !

Compte rendu rédigé par
Dr Rémi MAGHIA
Dermatologue, France

Stratégie de photoprotection et mélasma

A la session « Where do we Stand? The Pathogenesis and Treatment of Melasma », j'ai retenu la communication de **Henry W. Lim** (Detroit, Michigan) sur la stratégie de photoprotection.
Quelles sont les différences entre les peaux claires et peaux pigmentées ? Pour les phototypes IV à VI : la présence de mélanocytes plus gros et plus riches en mélanine. La mélanine chez les peaux de couleur peut filtrer 2 à 5 fois plus d'UV que la mélanine des peaux claires.
Approximativement 5% des UV et 50% du rayonnement de la lumière visible (LV) atteignent la surface terrestre au niveau de la mer. Plus de la moitié des tous les radicaux libres générés par le soleil proviennent du spectre du visible.

Les effets phytobiologiques de la lumière solaire

- UVB, UVA2 : érythème, photocarcinogénèse : surtout pour les phototypes I à III
- UVA1 : bronzage, héliodermie, photocarcinogénèse : surtout pour les phototypes IV à VI
- Lumière visible :

1. érythème : tous les phototypes
2. bronzage : phototypes IV à VI

L'orateur a rappelé les travaux de l'équipe de Thierry Passeron pour le rôle, dans le spectre de la LV, de la lumière bleue associée à l'opsin-3, qui est le déclencheur-clé dans le mélanocyte du sujet à peau pigmenté.
LV + UVA1 induisent de l'érythème chez les individus à peau claire, et peuvent engendrer hyperpigmentation post-inflammatoire et mélasma chez les sujets à peau pigmentée.
Les filtres UV organiques (chimiques) disponibles ne sont pas suffisants pour protéger de la LV.

Mélasma et stratégie de photoprotection

1/ Ecrans solaires teintés (SPF 30+, large spectre)
L'article Lyons, JAAD mai 2021, fait une revue de la photoprotection au-delà des UV par les écrans teintés. La formulation chimique comprend des oxydes de fer rouges, jaunes, noirs et du dioxyde de titane, avec des profils d'absorption différents.
L'article Torres, JAAD, décembre 2021, donne un guide pratique des écrans teintés, disponible en ligne à l'adresse http://dx.doi.org/10.17632/dtb4y9b684
Il nous est précisé qu'il n'existe pas de guidelines spécifiques des écrans solaires teintés, hormis les mentions « large spectre » ou du SPF. L'article donne une liste de 53 écrans teintés de SPF supérieur ou égal à 30 contenant de l'oxyde de fer, classée par prix moyen selon le poids, dont certaines marques françaises présentes dans cette liste.

2/ Ecrans solaires avec des antioxydants biologiquement actifs
Antioxydants topiques et LV+UVA1 : l'article Lyons, Photochem. Photobiol.2021 in press a comparé antioxydant 2% vs contrôle. Pour les phototypes I à III : diminution de l'érythème ; pour les phototypes IV à VI : IPD (Immediate pigment darkening) diminuée et bronzage retardé.
Les antioxydants présents dans les écrans peuvent être : niaciamide, licochalcone A, caroténoïdes, vitamine C, acide glycyrrhétinique, DESM.

3/ Ecrans solaires avec des nouveaux filtres couvrant UVA1+ LV
Sont cités ici le MCE dont le filtre est le Meroxyl 400, et le TriAsorb.

4/ Agents photoprotecteurs oraux adjuvants per os
L'extrait de *Polypodium leucotomos* (PLE) : étude Mohammad, décembre 2019, concernant 22 sujets de phototype IV à VI, PLE 2 fois par jour pendant 28jours + LV : différence significative de quantité de pigment pré et post-PLE.
Une autre étude à Singapour en 2018 a comparé pendant 3 mois chez des sujets asiatiques avec mélasma les effets de l'association placebo + hydroquinone 4% + écran SPF50 + vs PLE + hydroquinone 4% + écran SPF50+, avec une différence significative au niveau des scores mMASI (Melasma Area and Severity Index).

En conclusion, retenir que la stratégie de photoprotection solaire dans le mélasma comprend :
- Ecrans solaires teintés
- Ecrans avec des antioxydants biologiquement actifs
- Ecrans avec des nouveaux filtres couvrant UVA1 et LV
- Agents oraux adjuvants de photoprotection

Antibiotiques et acné

Lors de la session « Acne guidelines », **Diane M. Thiboutot** (Hershey, Pennsylvanie) a fait le point sur le problème toujours posé de l'usage plus ou moins prolongé des antibiotiques (AB) dans l'acné.

Recommandations pour les AB topiques

Le peroxyde de benzoyle (PB), ou son association avec l'érythromycine ou la clindamycine, constituent des traitements efficaces de l'acné, recommandés en monothérapie pour les acnés légères. Le PB est efficace dans la prévention des résistances bactériennes.
Les antibiotiques topiques (érythromycine, clindamycine) sont des traitements efficaces, mais non recommandés en monothérapie en raison du risque de résistance bactérienne.
La minocycline topique a été approuvé par la FDA en 2019.

Recommandations pour les AB systémiques

Ils sont recommandés pour les acnés inflammatoires modérées à sévères résistantes aux traitements topiques.
Pas de supériorité entre la doxycycline et la minocycline.
L'érythromycine et l'azithromycine orales peuvent être efficaces dans l'acné, leur usage doit être limité aux patients ne pouvant pas utiliser les cyclines (femme enceinte, enfant de moins de 8 ans). L'érythromycine entraine, de plus, un risque augmenté de résistance bactérienne.
La monothérapie avec un antibiotique systémique n'est pas recommandée. L'usage du triméthoprime-sulfaméthoxazole devrait être limité aux patients ne supportant pas les cyclines ou en cas de résistance au traitement.
La durée devrait être la plus courte possible : réévaluer à 3 ou 4 mois pour minimiser les résistances. Le PB topique concomitant ou un rétinoïde topique doit être utilisé, puis poursuivi pour la maintenance après l'antibiothérapie systémique.

Pourquoi s'inquiéter ?

En 2015, l'OMS déclarait une émergence mondiale de souches bactériennes résistantes aux AB. Il existe une preuve épidémiologique de l'association de l'utilisation des AB avec : des infections des voies aériennes supérieures, pharyngites, MICI, cancer du sein.
L'émergence de bactéries résistantes peut inclure la flore commensale, la flore transitoirement pathogène, y compris *Staphylococcus aureus* et *Streptococcus pyogenes*.
Une étude pilote (Chen, JAMA Dermatol 2019) a montré que le microbiome change avec un traitement oral de 4 semaines de minocycline : diminution significative du *cutibacterium acnes* avec augmentation significative du *pseudomonas*. Après 8 semaines d'arrêt de l'AB, les taux antérieurs de *C. acnes* sont retrouvés, mais ceux de *Streptococcus* sont augmentés et ceux de *Lactobacillus* diminués par rapport à l'état initial. Il peut apparaitre des *C. acnes* résistants.
L'article Bhate et al. BJGP 2021 a fait le point sur la question récurrente de l'association usage au long cours des AB dans l'acné et résistances antimicrobiennes. Cette revue systématique a mis en lumière la pénurie d'études de haute qualité sur ce sujet et le besoin d'études rigoureuses, car demeurent inconnus le taux d'infections secondaires, les changements dans le microbiote et les taux de résistance antimicrobienne.

La durée du traitement AB : des changements de pratique

On est passé comme durée médiane de traitement dans l'acné de 11.5 mois en 2003, à 126 jours pendant la période 2004-2014, et 93 jours pendant la période 2008-2010.

Les changements de type de prescription en 2013 vs 2004 :
Spironolactone chez les femmes : 29% d'augmentation.
Contraceptifs oraux : diminution de 30%.
AB : diminution de 27%.
Isotrétinoïne : diminution de 5%.
Sur la période 2008-2016 la prescription d'AB par les dermatologues a diminué de 37%.

Quelles stratégies pour réduire la résistance aux AB

- Traitements de maintenance avec les topiques
- Spironolactone
- Contraception orale
- Isotrétinoïne
- Doses infra-antimicrobiennes de doxycycline (40 mg vs 100mg)
- Education du patient et du prescripteur
- La sarécycline : approuvée FDA en octobre 2018, spectre étroit, action limitée sur les bactéries intestinales gram + et sur le microbiome intestinal. Meilleure protection du microbiome intestinal, peu de résistance.

En conclusion

L'alternative à l'antibiothérapie au long cours dans l'acné est un problème clé. De nouveaux agents AB ont démontré leur efficacité et moins de potentiel à induire des résistances, mais les données au long cours manquent encore.

Allergènes émergents

Lors de la session « Contact Dermatitis », **Carina Woodruff**, San Francisco, a fait une actualisation sur les allergènes émergents.

Les conservateurs : les isothiazolinones sont toujours un problème, classés dans les allergènes les plus fréquemment retrouvés aux patch-tests après le Nickel.

Si la MI (méthylisothiazolinone) et la MCI/MI (méthylchloroisothiazolinone/MI) sont en baisse sur la période 2011 à 2019, la BIT (benzoisothiazolinone) passe de 0.26% à 3.43% de taux de patch-tests positifs en 2019.

Les sources d'exposition de la BIT sont particulières : présente dans 16.4% des produits ménagers, produits industriels, et typiquement non présente dans les produits de soins personnels. La BIT est trouvée en grande quantité dans les produits de nettoyage, les détergents et la peinture. Présente dans 94% des peintures et souvent non déclarée, la BIT entraine des manifestations sévères requérant hospitalisation (9%), prednisone (27%), aboutissant à des symptômes muqueux (23%). L'émission du produit provenant d'une pièce fraichement peinte dure jusqu'à 6 semaines.

Autres présentations cliniques : dermatite des mains, atteinte généralisée, (26%), face, tête et cou et rhinite par exposition aérienne.

Il y a un taux élevé de réactions croisées entre MI et MCI, et jusqu'à 10% des patients sensibilisés à MI ont réagi aussi à BIT.

Le pentylène glycol (PTG) : un faible sensibilisant ?

Utilisé comme humectant, véhicule, conservateur, on constate de façon croissante sa présence dans les cosmétiques pour peaux sensibles, type hydratant corporel ou facial.

Il induit des dermatites de la face ou des plis, souvent sévères, souvent sur terrain de DA ou de DS. Il n'y a pas de patch-tests commercialisés.

Le mouvement de la « clean beauty » : les craintes dans le public concernant les conservateurs tel que les parabens ont conduit à l'usage de « para conservateurs » permettant de diminuer l'usage des conservateurs traditionnels. On y trouve des huiles essentielles, extraits de plantes et des acides organiques comme l'acide benzoïque, ce qui n'est pas forcément une bonne idée…

L'hydroperoxide (HP) de linalol

C'est le sensibilisant le plus fréquent parmi les fragrances dans plusieurs études, avec des taux de positivité des patch-tests allant de 7 à 24%. Les réactions croisées avec les autres marqueurs des fragrances sont limitées (30 à 50%). Les sources du linalol : le linalol et le limonène sont les fragrances les plus utilisées dans les produits topiques du commerce (produits de soins personnels y compris le cuir chevelu, parfums). Mais aussi aliments et boissons industrielles, produits de nettoyage, **huiles essentielles (88%)**.

Dans les produits dérivés du cannabis, outre le THC et le CBD, on trouve de façon émergente des terpènes, y compris le linalol et le limonène.

L'aluminium est l'allergène de l'année 2022

Il est ubiquitaire.

Les sels d'aluminium sont présents dans 24 vaccins et certaines immunothérapies spécifiques. Le granulome sur site de vaccination en est la présentation classique. Mais aussi le « pseudo syndrome de la peau excitée » (lors de patch-tests), dermatite des mains et des bras, dermatite de contact systémique.

La prévalence poolée sur 7 études était de 1.48% (5.61% chez les enfants).

Le patch-test se fait à 2% dans la vaseline chez l'enfant et 10% chez l'adulte. La lecture à J7 est essentielle. Il faut faire les tests dans des chambres en plastique.

Le granulome vaccinal n'est pas une contre-indication au vaccin ! Certains vaccins sont aluminium-free. L'injection en intra-musculaire peut prévenir du granulome (Barbaud et al., 2013). Il existe des options d'immunothérapie aluminium-free.

Acétophénone azine (Raison-Peyron et Sasseville, Dermatitis 2021)

A l'origine de dermatites du jarret, de dermatites palmo-plantaires réfractaires dysidrosiques ou hyperkératosiques, voire de dermatites généralisées.

C'est un sous-produit de l'EVA (éthyl vinyl acétate), utilisé dans les équipements de sport (protections diverses, protège-tibias, lunettes de protection, selles, chaussures de ski etc. Il n'existe pas de test commercial disponible.

En conclusion

- MI et MCI restent des allergènes importants aux US, et la BIT est devenue émergente tout comme un sensibilisant commun.
- Le pentylène glycol est un allergène émergent qui est spécialement pertinent chez l'atopique.
- Les terpènes, en particulier le linalol sont des allergènes des fragrances en croissance, et doivent être envisagés quand on suspecte une dermatite allergique de contact aux parfums.

Quoi de neuf dans les traitements des ongles

Dans la session « Therapeutic Hotline », **Antonella Tosti**, Miami, a présenté un certain nombre de nouveautés thérapeutiques en onychologie.

Le minoxidil topique pour augmenter la croissance unguéale

Le rationnel pour augmenter la croissance unguéale par le minoxidil est d'augmenter le flux sanguin, avec des implications dans les onychomycoses et le yellow nail syndrome.

Applications de minoxidil topique 5% deux fois par jour : une étude pilote a montré l'augmentation en mm/mois de la vitesse de pousse des ongles traités. De la même manière, des résultats positifs ont été obtenus lors d'un essai dans le yellow nail syndrome en l'associant à la terbinafine per os, dont on sait qu'elle a cette propriété. On a pu quantifier les changements de la pousse, liés à la dose et à la durée du traitement, ainsi que les changements en termes d'épaisseur et de dureté de la tablette unguéale.

Faibles doses de minoxidil oral pour augmenter la croissance unguéale

Il s'agit de résultats préliminaires : on a pu significativement observer une différence en terme de solidité et de croissance unguéale. Pour ce qui est de l'épaisseur, l'augmentation observée n'était pas statistiquement significative.

Psoriasis unguéal

On dispose à présent de nombreux essais prouvant une action du tofacitinib sur l'ongle psoriasique.

Une méta-analyse a montré que le tofacitinib et l'ixekizumab étaient les molécules procurant la meilleure amélioration du score unguéal dans le psoriasis.

Pelade

Dans une étude rétrospective concernant 33 patients avec pelade modérée à sévère traitée par tofaciticinib oral, on a observé pour 73% d'entre eux une amélioration au niveau unguéal. Cette amélioration intervient avec retard par rapport à la repousse des cheveux.

Lichen plan

Un article dans le JAMA 2021 montre un effet spectaculaire du tofacitinib comme traitement du lichen plan unguéal associé à la pelade universelle.

Un autre article dans le JAMA 2022 montre une amélioration complète à 6 mois lors d'un traitement par baricitinib 4 mg/jour d'un lichen plan unguéal sévère, avec une récidive légère lors de la diminution du baricitinib à 2 mg/jour.

Onychotillomanie

Le problème est surtout de savoir la reconnaître. La présence d'hémorragies accompagnées d'une mise à nu importante du lit unguéal doivent alerter. On constate en effet que souvent ces patients arrivent avec un cortège de traitements inutiles.

A côté des traitements de pédicurie, des thérapies comportementales afin de changer le comportement, Antonella Tosti cite l'utilisation de la N acétylcystéine, 1200 à 1800 mg/jour. La N acétylcystéine est un modulateur du glutathion et du glutamate. Elle restaure les taux de glutamate, un neurotransmetteur, diminuant les compulsions et envies irrésistibles. Une étude randomisée contrôlée chez 42 enfants et adolescents avec onychophagie a montré un accroissement significatif de la longueur des ongles. Antonella Tosti a publié un cas de succès pour un adolescent de 14 ans avec onychotillomanie des 2 index depuis 2 ans, après un traitement de 4 mois par N acétylcystéine, 1800 mg/jour.

Enfin Antonella Tosti a souligné l'intérêt dans la thérapeutique de changement de comportements de bracelets électroniques d'alerte connectés, initialement développés pour la trichotillomanie. Il existe également des sites internet pour induire un changement de comportement, tels que ONLINE-TICS (publication dans le J Clin Med. 2022 : ONLINE-TICS : Internet-Delivered Behavioral Treatment for Patients with Chronic Tic Disorders).

Le finastéride topique dans l'alopécie androgénétique masculine

A la session « Hair loss from trichoscopy to therapy », **Bianca Maria Piraccini**, Bologne, a présenté les dernières données sur l'utilisation du finastéride (F) topique dans l'alopécie androgénétique (AAG).

Le F est un inhibiteur de la 5 alpha réductase de type 2 qui a reçu en 1998, à la dose de 1 mg /jour, l'autorisation de la FDA pour le traitement de l'alopécie androgénétique chez l'homme âgé de 18 à 41 ans. C'est dire que dans cette indication on dispose d'un recul de 20 ans concernant l'efficacité et la tolérance du F.

L'inhibition de la 5 alpha réductase diminue la conversion de la testostérone en DHT. Il est à noter qu'il y a un effet des androgènes sur le follicule pileux différent selon la région : miniaturisation du poil au niveau du cuir chevelu, transformation à la puberté des cheveux duvets en poils terminaux (barbe, plis axillaires, pubis). Le finastéride chez un sujet masculin jeune peut avoir un impact négatif sur le développement de la barbe. Les effets secondaires sexuels sont rares (inférieurs à 2%) et réversibles à l'arrêt du médicament.

La gynécomastie est très rare. Mais, internet oblige, les craintes du public sur les risques d'effets sexuels entraine des limitations et critiques, qui pourront être possiblement contrebalancées par la proposition du traitement topique.

Le premier essai du F topique date de 1997 ; en 2020 une revue de la littérature comptabilisait 33 articles sur le F topique dans l'AAG masculine et féminine. En octobre 2021 dans le JEADV, Piraccini et al. ont publié un essai multicentrique contrôlé randomisé en double aveugle comparant le F topique vs placebo (avec le même excipient) vs F 1 mg per os à 24 semaines chez l'homme avec AGA.

A quelle concentration : 0.25%. Quel véhicule : de l'hydroxypropyl-chitosan, un dérivé semi-synthétique du chitosan (cf. chitine de la carapace des crabes), qui est soluble dans l'eau.

L'application topique du F donne une moyenne maximale de concentration plasmatique 100 fois inférieure à celle procurée par le F 1 mg per os.

L'étude Piraccini a porté sur des hommes de 18 à 40 ans, porteurs d'une AAG légère à modérée. Le F topique 0.25% a été administré avec un spray applicateur prolongé d'un cône plastique qui empêche le produit de se disperser dans l'air. Chaque bouffée délivre 50 µl de solution, équivalent de 0.114 mg de F. On délivre 1 à 4 bouffées dans la matinée et on laisse au moins 6 heures.

L'évaluation de l'efficacité a été faite aux semaines 12 et 24 sur photos standardisées, et compte de cheveux sur des images digitales de 1 cm sur 2 sur une zone tatouée (critère principal). A S24, l'augmentation par rapport à la baseline du compte de cheveux (20.2 vs 6.7 cheveux) est significativement meilleure que le placebo, et équivalente à celle du F per os.

La tolérance dans le groupe F topique est la même que celle du groupe placebo, et supérieure à celle du F per os. La moyenne des concentrations de DHT à S24 dans le groupe F topique est inférieure à celle du groupe F oral.

Le produit est commercialisé en Italie depuis mai 2021.

En conclusion : quand le prescrire ?

- Un adulte jeune
- Pas de besoin de croissance de la barbe
- Peur de la prise systémique
- AGA modérée
- On peut associer au minoxidil

Quoi de neuf dans le traitement EBM de la pemphigoïde bulleuse ?

A la session « Autoimune blistering diseases : what's new ? » j'ai choisi l'exposé de **Pascal Joly**, Rouen, qui s'est articulé autour de la réponse à un certain nombre de questions qui se posent encore en pratique clinique.

1/ Quelle conduite à tenir face à des patients atteints de pemphigoïde bulleuse (PB) d'origine médicamenteuse ?

Dipeptidyl peptidase-4 inhibiteurs (gliptines)

Ils sont reconnus de plus en plus pour être associés à des PB. Le délai entre leur introduction et le début de la PB peut être long, supérieur même à un an.

On a du mal à faire des recommandations claires sur l'intérêt d'arrêter la gliptine ou non, car les résultats des études à ce sujet sont contradictoires, certaines disant que l'arrêt n'apporte rien, et d'autres l'inverse. Toutefois on peut conseiller d'envisager la substitution vers un autre anti-diabétique.

Immunothérapies anti-PD1 et anti-PDL1

En pratique clinique, il est recommandé d'essayer de contrôler les lésions de PB par des thérapeutiques ne réduisant pas l'efficacité anti-tumorale de l'immunothérapie : par exemple, éviter si possible les corticostéroïdes (CS) à fortes doses ou les immuno-suppresseurs conventionnels. On essaye de continuer l'immunothérapie chez les patients avec une PB légère à modérée, contrôlée par une corticothérapie standard locale ou orale. Si la PB est extensive ou récalcitrante, un arrêt transitoire de l'immunothérapie peut être envisagé.

2/ Quel est le dosage optimal de prednisone/prednisolone orale

La PB est une maladie sévère avec un taux élevé de mortalité, taux qui est augmenté par l'usage de hautes doses de CS oraux. Le taux de mortalité à un an s'échelonne, selon les études, de 10-12% jusqu'à 40% quand des hautes doses de prednisone orale sont utilisées. Deux grandes méta-analyses ont confirmé que la mortalité à un an des patients PB est 3 fois plus élevée par rapport à la population générale du même âge et du même sexe. La survie des patients PB dépend de l'âge, de l'état général, des comorbidités neurologiques et cardiovasculaires.

L'étude multicentrique internationale Hébert et al. BJD 2021 a été menée sur 311 patients PB pour évaluer la sécurité et l'efficacité d'un traitement initial de prednisone à la dose de 0.5 mg/Kg/jour dans la PB. Le contrôle de la maladie à J21 était de 62 à 75% pour les PB légères à modérées, de 46% pour les PB sévères. A un an le taux de réponses complètes était de 38%, dont seulement 11% avaient cessé tout traitement. La mortalité à un an était de 17%. Les facteurs prédictifs de bonne tolérance étaient : Score Karnofski supérieur à 70% et une valeur prédictive négative de décès de 94%. Les facteurs d'efficacité raisonnable étaient : BPDAI activity score ≤50 et une valeur prédictive positive de contrôle de la maladie de 75%.

Que faire quand le patient n'est pas contrôlé par une dose initiale de prednisone de 0.5mg/kg/jour ? Deux options : augmenter la dose à 0.75mg/kg/jour, ou ajouter des corticoïdes locaux 30g/jour (option la plus fréquemment choisie).

3/ Quelles sont les indications des thérapies adjuvantes conventionnelles ?

Les drogues immunosuppressives telles que MTX, AZA, MMF sont supposées permettre une épargne cortisonique, ce qui n'a pas été clairement démontré dans la littérature.

Une étude allemande RCT a inclus des patients BP recevant la prednisone à la dose initiale de 0.5 mg/kg/j + AZA 1.5 à 2.5 mg/kg/j. Seulement 18% des patients ont pu diminuer la prednisone, ce qui n'est pas en facteur d'un effet thérapeutique majeur…

Pour le MTX (12.5 mg/semaine) + Clobétasol topique pendant un mois vs CS topique seul pendant 9 mois, le taux de rechute pour le MTX a été de 38% vs corticoïdes locaux 67%. Le taux d'effets indésirables était plus élevé dans le bras MTX, conduisant à un arrêt dans 54% des cas.

En conclusion pour l'usage des immunosuppresseurs dans la PB. Leur indication reste non claire. On peut les recommander : pour des patients ayant des contre-indications aux CS oraux (diabète, ostéoporose sévère, problèmes cardio-vasculaires signifiants). Pour les rechutes de PB. Pour les quelques patients réfractaires au traitement CS topique ou per os.

4/ Quelle est l'efficacité réelle des immunomodulateurs tels que cyclines, dapsone) ?

Les cyclines : un essai RCT a comparé doxycycline 200 mg/j + CS topique vs prednisone 0.5 mg/kg/j. Le taux de succès (sans switch d'un bras vers l'autre, car l'étude a été biaisée sur ce plan-là) a été en fait de 54% vs 85%.

Une grande étude en vie réelle (BJD 2021), a montré que 72% des patients PB ayant commencé par les cyclines ont reçu additionnelement de la prednisolone. Seulement 19% des patients PB n'ont pas eu à nécessiter des CS oraux et seulement 12% ont pu poursuivre la doxycycline seule.

La conclusion pour les cyclines : elles sont surtout utilisées en association avec les CS topiques ou oraux dans les PB légères à modérées. Elles peuvent être essayées pour les patients en mauvais état général ou ayant une contre-indication aux immunosuppresseurs conventionnels.

La dapsone : une étude RCT allemande sur 54 patients PB a conclu que la dapsone en monothérapie a permis à un faible nombre de patients de stopper les CS. Par ailleurs la dapsone peut induire des effets secondaires potentiellement graves (anémie, méthémogobulinémie, neutropénie etc.). Donc être très prudent chez ces patients âgés avec des comorbidités cardio-vasculaires.

5/ Il y a-t-il une place pour les « vieux » biologiques (rituximab, omalizumab) ?

Le rituximab

Selon la mise à jour des guidelines européennes 2021 : le rituximab peut être considéré comme une option non validée, en raison des craintes concernant le risque d'infections graves voire mortelles consécutives à la déplétion en cellules B chez ces patients âgés.

L'omalizumab

Il semble efficace dans la PB surtout pour le traitement des stades aigus de la maladie.

On peut l'envisager : pour les patients PB avec des lésions inflammatoires urticariennes et des taux élevés d'IgE, qui ne répondent pas aux CS oraux ou locaux, ou qui ont des contre-indications aux CS oraux, ou chez des patients avec néoplasie.

Traitement médical du vitiligo

La session vitiligo a connu un grand succès pour un dernier jour de congrès. J'ai sélectionné la présentation de **Thierry Passeron**, Nice, toujours aussi didactique et nous apportant de nouvelles informations.

Il nous a rappelé que le traitement du vitiligo comporte 3 objectifs :

- Stopper la perte mélanocytaire
- Induire la prolifération et la différenciation des mélanocytes (processus long nécessitant 6 à 24 mois de traitement).
- Prévenir les rechutes

La poussée

Certains signes cliniques permettent de déterminer si le vitiligo est actif : des bords hypochromiques sous la lumière de Wood, des bord flous, des dépigmentations en confettis.

Quand un vitiligo est très actif, il est urgent de le traiter car l'extension peut être très rapide, rendant ensuite le traitement plus difficile.

Comment bloquer une poussée ? Le traitement mini-pulse per os de bétaméthasone ou de dexaméthasone consiste en la prise de 5 mg deux jours consécutifs de la semaine (demi-dose chez l'enfant) pendant 3 à 6 mois. On stoppe ainsi la progression dans plus de 85% des cas. Les mêmes résultats sont obtenus avec de faibles doses de prednisolone orale quotidiennes pendant 2 mois, ou des pulses de méthylprednisolone IV 3 jours consécutifs. Une grande étude rétrospective a montré qu'avec les corticostéroïdes (CS) systémiques on stoppe l'activité de la maladie dans 92% des cas. Il n'existe pas d'étude prospective randomisée vs placebo.

Le MTX, la ciclosporine et la minocycline aussi semblent efficaces.

Mais la photothérapie UVB TL01 2 à 3 fois par semaine est aussi active à cette phase, et a l'avantage d'induire aussi la repigmentation. D'où l'intérêt d'associer UVB spectre étroit avec mini-pulses dans les formes très actives.

Le rôle des JAK Inhibiteurs oraux n'est pas connu dans ces formes actives.

La repigmentation

Les CS sont aussi efficaces en topiques (préférés) qu'en intra lésionnel (plus atrophiant). Les CS topiques puissants sont aussi efficaces que les CS très puissants, mais avec moins d'effets secondaires, donc préférés.

Les inhibiteurs de calcineurine topiques (hors AMM)

Ils sont aussi efficaces que les CS topiques. Le Tacrolimus 0.1% est supérieur au 0.003% ; il doit être appliqué 2x/j. Efficacité renforcé par les UV, par exemple les UV naturels.

L'association photothérapie et CS topiques

Une étude RCT a montré que l'association UVA-fluticasone proponiate fait mieux que UVA ou CS topiques seuls.

L'association photothérapie et inhibiteur de calcineurine

Fait mieux que les inhibiteurs de calcineurine seuls.

Pour ce qui est des associations, il faut retenir qu'elles sont aujourd'hui le gold standard. On repigmente ainsi le visage dans 70 à 80% des cas. Mais il faut que le patient (et le dermatologue) soient conscients qu'il faut 6 à 24 mois de patience !

Une perspective nouvelle : le SOD gastro-protégé

Les antioxydants permettent d'agir sur le stress oxydatif qui joue un rôle dans le vitiligo. Mais tous n'ont pas la même efficacité et le passage digestif les dégrade.

Le SOD (superoxyde dismutase) a été récemment étudié (publication 2021 dans le JEADV) : un essai prospectif randomisé en double aveugle versus placebo du CHU de Nice a porté sur 50 patients avec vitiligo ancien ou résistant touchant plus de 5% de la surface corporelle. Les patients ont reçu le GP-SOD 500 mg deux fois/jour pendant 3 mois puis 500mg une fois/ jour pendant 3 mois ou le placebo. Tous ont eu des séances d'UVB 2x/semaine. Le pourcentage de repigmentation évalué par score VES montre que le groupe SOD est significativement plus repigmenté (20% vs 9%). Pas d'effets secondaires, excellente tolérance.

Le ruxolitinib topique est un anti-JAK qui a été récemment étudié dans le vitiligo en crème à 1.5%. Efficacité sur le visage : plus de 57% des patients ont obtenu une repigmentation supérieure à 50% à 1 an, un tiers une repigmentation supérieure à 90%. L'efficacité sur le corps est un peu inférieure. Il est à noter que ces résultats très intéressants sont obtenus sans UV, et que ce traitement sera probablement encore plus efficace si associé aux UVB.

La prévention des rechutes

Plus de 40% des lésions connaissent une nouvelle dépigmentation dans l'année suivant les traitements. Le premier traitement ayant prouvé son efficacité dans la prévention des récidives dans le vitiligo est le tacrolimus topique 0.1% deux fois par semaine. Ceci a été prouvé par une étude bicentrique prospective randomisée en double aveugle contre placebo, J Invest Dermatol 2015.

En conclusion, retenons :

- Les formes actives de vitiligo doivent être traitées comme des urgences.
- Intérêt des CS en mini-pulse + UVB dans les formes actives.
- La repigmentation d'un vitiligo demande 6 à 24 mois
- Intérêt des associations : UVB (ou expositions solaires) + traitements topiques + antioxydants oraux.
- De nouveaux traitements sont en développement, notamment anti-JAK topique ou per os, dont certains probablement très prochainement disponibles.

Ne manquez aucun comptes rendus de congrès

INSPIRED BY NAOS

BIOLOGY AT THE SERVICE OF DERMATOLOGY

*Learn more about NAOS, French ecobiology company
founder of BIODERMA, on www.naos.com*