

COUP D'ŒIL DU CONGRES JNPD 2022

Sommaire

FOCUS DERMATO - ARTICLE 1

Psoriasis, encore du nouveau !

<i>Dr Marina Alexandre</i>	2
Quiz de formation	4

FOCUS DERMATO - ARTICLE 2

Mélanomes achromiques et hypochromiques: pas si rares...

<i>Dr Élisabeth Lorier-Roy</i>	5
Quiz de formation	6

FOCUS DERMATO - ARTICLE 3

Présentation de cas cliniques

<i>Dr Anne-Caroline Cottencin, Mathilde Guyon, Dr Marlène Risbourg, Dr Yves Le Ru</i>	8
Quiz de formation	9

FOCUS DERMATO - ARTICLE 4

La kératose actinique : de la prévention à la cicatrisation

<i>Dr Jean-François Sei, Pr Laurent Mortier, Dr Sylvie Meaume</i>	11
Quiz de formation	12

FOCUS DERMATO - ARTICLE 5

La personne âgée en onco-dermatologie

<i>Pr Anne Liên Pham-Ledard</i>	14
Quiz de formation	15

FOCUS DERMATO - ARTICLE 6

Quand le trou noir s'éclaire : tout ce que vous avez voulu savoir sur l'anus !

<i>Dr Johan Chanal, Dr Lucas Spindler</i>	16
Quiz de formation	17

FOCUS DERMATO - ARTICLE 7

Un eczéma problématique...

<i>Dr Delphine Staumont-Salle</i>	18
Quiz de formation	19

FOCUS DERMATO - ARTICLE 8

Trans-identité : aspects sociologiques, psychologiques, médicaux, chirurgicaux.

<i>Dr Martine Schollhammer, Arnaud Alessandrin, Dr Thierry Gallarda, Dr Dorian Sandre-Banon, Dr Patrick Bui, Duff</i>	20
Quiz de formation	21

FOCUS DERMATO - ARTICLE 9

Le continuum psoriasique : du cutané à l'articulaire.

<i>Dr Thierry Boye, Dr Marc Perrussel, Pr Philippe Goupille</i>	22
Quiz de formation	23

FOCUS DERMATO - ARTICLE 10

Nouveaux environnements, nouveaux modes de vie : nouveaux allergènes, nouvelles allergies

<i>Dr Brigitte Milpied</i>	25
Quiz de formation	26

Psoriasis, encore du nouveau !

Docteur Marisa Alexandre, Dermatologue. Hôpital Avicenne. Bobigny.

Article rédigé par le Dr Yves Roubeix – Dermatologue

Le traitement du psoriasis connaît depuis quelques années une véritable révolution au bénéfice des patients et des rémissions de plus en plus prolongées font imaginer, un jour, une possible guérison...

Il existe 2 grandes familles de traitements : les traitements locaux et les traitements systémiques, quels sont-ils ?

Les traitements locaux :

- L'ENSTILAR® mousse (calcipotriol/bétaméthasone) :

L'intérêt d'un traitement d'entretien, à raison de 2 applications par semaine après blanchiment, a été mis en évidence.

Il est sans doute préférable de répartir ces applications au cours de la semaine plutôt que de pratiquer le week-end therapy.

Cette stratégie proactive s'est révélée supérieure à la stratégie réactive qui consiste à attendre la rechute pour traiter à nouveau. L'AMM a été modifiée en conséquence.

- LE ROFLUMILAST crème (inhibiteur de la phosphodiesterase 4, à l'instar de l'aprémilast) :

Ce produit se montre bien toléré et d'efficacité satisfaisante.

Il enrichira notre arsenal thérapeutique et pourra en particulier être utilisé sur les zones fragiles des plis et du visage ou encore proposé aux patients corticophobes.

- LE TAPINAROF :

Cet agoniste du récepteur d'aryl-hydrocarbène module l'expression de l'IL 17 et de protéines de la barrière cutanée, telle la filaggrine.

À raison d'une application par jour, ce produit montre une efficacité et une tolérance moyenne (dermites de contact, céphalées) mais autorise des rémissions durables, d'environ 4 mois.

Les traitements systémiques ou oraux :

- LE METHOTREXATE

Il n'est plus une nouveauté et reste la référence de première ligne des traitements systémiques.

Il est à noter que sa voie d'administration pourrait, ou devrait, être changée.

En effet, par comparaison avec la voie orale, l'injection sous-cutanée hebdomadaire d'une dose supérieure à 15 mg :

Est plus efficace ;

Obtiens un résultat plus rapide ;

Permet un plus long maintien de la rémission ;

Offre une meilleure tolérance ;

Diminue les risques d'erreur de dosage.

Avec la SUPPLÉMENTATION en acide folique (Spéciafoldine®) qui reste bien sûr nécessaire, le méthotrexate n'est pas toujours bien toléré.

L'alternative pour une meilleure tolérance est alors l'acide folinique (Lederfoline®, Folinoral®), qui a l'inconvénient d'être plus coûteux.

- L'APREMILAST (Otezla®)

Il serait doté d'une efficacité intéressante pour le psoriasis pustuleux palmoplantaire, lequel peut affecter gravement la qualité de vie des malades et représente pour le dermatologue un véritable défi thérapeutique.

C'est ce que semble montrer un essai, non contrôlé et à faible effectif, portant sur 21 patients en échec de traitements topiques, systémiques ou photothérapie.

D'autres essais cliniques, dans de meilleures conditions, viendront-ils confirmer cette première impression ?

- LE DEUCRAVACITINIB per os,

JAK inhibiteur qui appartient à la nouvelle classe des TYK2 (inhibiteurs sélectifs de la tyrosine kinase 2), serait légèrement supérieur à l'apremilast en termes d'efficacité pour une tolérance comparable.

- LE BIMEKIZUMAB,

Anti IL 17, est plus efficace que le sécukinumab (Cosentyx®) mais peut-être moins bien toléré : candidoses orales.

- LE SPESOLIMAB,

Anti IL 36, donne des résultats prometteurs et rapides dans le psoriasis pustuleux généralisé, avec cependant des risques d'infections et de DRESS

Messages clés :

- Un arsenal thérapeutique évolutif, plus large de jour en jour.
 - La tolérance et l'efficacité du méthotrexate peuvent être améliorées : supplémentation par l'acide folinique, voie sous-cutanée.
 - L'apremilast, prometteur pour le psoriasis pustuleux palmoplantaire.
-



QUIZ DE FORMATION

Trouvez la bonne réponse :

- a) Il faut éviter d'utiliser les dermocorticoïdes en traitement d'entretien.
- b) Un inhibiteur topique de la phosphodiesterase 4 viendra prochainement sur le marché.
- c) Le méthotrexate par voie sous-cutanée n'est pas meilleur que par voie orale.
- d) Le tapinarof local est prometteur en termes d'efficacité et de tolérance mais sa rémanence est médiocre.

Trouvez la mauvaise réponse !532 nm

- a) Le spésolimab est rapidement efficace contre le psoriasis pustuleux généralisé.
- b) Le deucravacitinib per os s'est révélé légèrement supérieur à l'aprémilast.
- c) Avec le méthotrexate sous-cutané, les risques d'erreurs de dosage sont diminués.
- d) Le méthotrexate par voie s/c permet des rémissions moins prolongées que par voie orale.

Retrouvez les réponses pages 27, 28 et 29

Mélanomes achromiques et hypochromiques : pas si rares...

Docteur Elisabeth Lorier-roy, dermatologue libérale, Paris.

Article rédigé par le Dr Yves Roubeix – Dermatologue

226 dermatologues libéraux répartis sur toute la France ont participé à une étude sur les mélanomes primitifs cutanés, prouvés histologiquement, dépistés en 2020 (étude MELALIB 2020).

Cette étude a pour objectifs de décrire les caractéristiques des 145 mélanomes hypo- et achromiques (MHA), soit environ 9 % de tous les mélanomes, et de les comparer aux 1 503 mélanomes pigmentés (MP) de la même cohorte.

Breslow

L'indice de Breslow médian est plus élevé :

- MHA invasif : 1,56 mm.
- MP invasif : 0,5 mm.

Mélanomes in situ

Beaucoup plus fréquents dans le groupe des MP :

- MP in situ : 41 %.
- MHA in situ : 9 %.

Histologie

En cas de MHA :

- Formes nodulaires plus fréquentes : 31 % vs 4 %.
- SSM moins fréquents : 49 % vs 78 %.
- Mélanomes de Dubreuilh moins fréquents : 6 % vs 15 %.
- Inclassables : plus fréquents : 10 % vs 2 %.

Phototype

Le phototype 1 est plus souvent associé aux MHA.

Plusieurs études ont déjà montré l'association des MHA avec :

- Les cheveux roux, la présence d'éphélides ;
- Les phototypes clairs avec sensibilité au soleil ;
- Le gène MC1R, lui-même associé au phénotype roux ;
- Par contre, dans cette étude, autant de sujets aux yeux bleus dans chacun des deux groupes.

Circonstances du diagnostic du MHA et du MP

- La lésion suspecte est le motif de la consultation : plus souvent en cas de MHA : 57 % vs 37 %.
- C'est le patient lui-même qui a repéré la lésion : plus souvent en cas de MHA : 73 % vs 53 %.
- L'examen clinique systématique, alors que le patient consulte pour un autre motif, a dépisté 19 % des MHA et 21 % des MP.

Dermoscopie

	MHA	MP
Présence de critères pigmentaires spécifiques	17 %	83 %
Absence de critères de bénignité	56 %	18 %
Présence de critères vasculaires évocateurs	28 %	7 %
Utilité du dermoscope	53 %	81 %

Critères dermoscopiques

- **Patron vasculaire atypique** en lumière polarisée (sans immersion) : son analyse est essentielle pour le diagnostic de MHA :
 - Zones rouge laiteux, parcourues de fines télangiectasies ;
 - Vaisseaux linéaires irréguliers ;
 - Polymorphisme vasculaire : plus de deux types de vaisseaux pour une même lésion.
- **Autres critères :**
 - Présence partielle de pigment ;
 - Voile blanc/bleu ;
 - Structures blanches brillantes (chrysalides) ;
 - Ulcérations et croûtes ;
 - Signes de régression.
- **Absence de critères orientant vers une lésion bénigne.**

Messages clés :

- Au dermoscope, un patron vasculaire atypique.
- Cibler le dépistage sur les sujets au phototype 1.
- Promouvoir l'auto-examen.
- Gravité accrue des MHA par rapport aux MP.



QUIZ DE FORMATION

Quelle est la mauvaise réponse ? Selon l'étude MELALIB 2020

- Un mélanome sur cinq est dépisté lors de l'examen systématique.
- Le dermoscope est plus utile pour le diagnostic des MHA que pour celui des MP.
- Les formes nodulaires sont plus fréquentes pour les MHA.
- Les MHA représentent environ 9 % des mélanomes diagnostiqués.

Quelle est la bonne réponse ? Selon l'étude MELALIB 2020 15-30 jours

- Le patient a repéré lui-même une lésion suspecte, plus souvent en cas de MHA qu'en cas de MP
- Le phototype VI est plus souvent associé au MHA
- Le MHA a un indice de Breslow moyen plus faible que le MP.
- Au dermoscope, l'existence d'un réseau pigmentaire anormal est évocatrice du MHA.

Retrouvez les réponses pages 27, 28 et 29

Présentation de cas cliniques

Docteur Anne-Caroline Cottencin, dermatologue, Lille ; Mathilde Guyon, interne en dermatologie, Bordeaux ; Dr Marlène Risbourg, dermatologue, Issy-les-Moulineaux ; Dr Yves Le Ru, dermatologue, Brest.

Article rédigé par le Dr Yves Roubeix – Dermatologue

Lors de cette session plusieurs cas cliniques ont été présentés, en voici 4 qui ont retenu plus particulièrement notre attention.

FOLLICULITE DECALVANTE DE QUINQUAUD D'EVOLUTION GRAVE.

Docteur Anne-Caroline COTTENCIN, dermatologue, Lille.

Pendant 13 ans, de 2008 à 2021, un homme de 43 ans a reçu de multiples traitements successifs pour cette folliculite du cuir chevelu :

- 2008 : Isotrétinoïne pendant 10 mois et à dose plafond de 50 mg/j : inefficace.
- Relais par Rubozinc®, Bristopen®, Dermoval® : inefficace.
- 2010 : Rifampicine, Dalacine®, Dermoval® : inefficace.
- 2012 : Soriatane® : 40 mg/j pendant 3 mois : aggravation.
- Rifampicine, Dalacine®, Rubozinc® pendant 4 mois : stabilisation des lésions et rechute à l'arrêt du traitement.
- 2013 : Rifampicine, Dalacine®, Effizinc®, Dermoval® pendant 6 mois et relais par Tétralysal® pendant encore 6 mois.
- 2014 à 2021 : Diverses cures d'antibiotiques, sans autre précision.

En 2021 : Apparition d'une volumineuse tumeur ulcérée du vertex, de 4 cm de diamètre.

- Histologie : carcinome épidermoïde bien différencié, avec neurotropisme.
- Bilan d'extension : RAS. Stade T3 NO MO.
- Traitement : exérèse

Messages clés :

- Ce cas illustre la possibilité de transformation carcinomateuse d'une pathologie cutanée inflammatoire chronique.

UN CURIEUX ECZEMA !

Mathilde Guyon, interne en dermatologie, Bordeaux.

Une patiente de 48 ans, agent d'accueil à la SNCF, consulte pour une dermatose érythémateuse et prurigineuse diffuse, infiltrée, avec xérose cutanée, traitée sans succès par dermocorticoïdes.

Les premiers examens biologiques sanguins réalisés sont normaux : NFS, IgE, phénotypage lymphocytaire, bilans hépatique et rénal ; absence de syndrome inflammatoire, pas de carence en zinc ou vitamine PP,

À l'exception notable d'un chiffre élevé des CPK à 300 ui/l.

L'histologie cutanée objective la présence d'un abondant dépôt de mucine dans le derme.

Au total, cette dermatose eczématiforme s'accompagne de signes discordants :

- Œdème infiltré des paupières,

- Élévation des CPK avec myalgies,
- IgE normales,
- Absence d'éosinophilie,
- Pas d'antécédent atopique.

L'hypothèse d'une insuffisance thyroïdienne est confirmée par le dosage de la TSH, élevée à 88 µmol/l, alors que T3 et T4 sont indosables. Le laser CO2 ablatif est pratiqué en mode continu selon une procédure multiforage. Le principe est de focaliser sur les lésions pour créer des petits puits au centre de la lésion pour limiter l'effet thermique. Ce traitement nécessite 4 à 6 séances.

Messages clés :

- Les signes de l'hypothyroïdie sont multiples, incluant ici une atteinte musculaire.
- L'histologie et la constatation d'un œdème infiltré des paupières (myxœdème) ont fait évoquer le diagnostic.

LEIOMYOMATOSE HEREDITAIRE ET CANCER DU REIN.

Dr Marlène Risbourg, dermatologue, Issy-les-Moulineaux.

Un homme jeune consulte pour de multiples petites lésions saillantes de la face gauche du cou, responsables d'un préjudice esthétique.

L'histologie objective des léiomyomes.

- **Le diagnostic évoqué est celui de HLRCC :**

- hereditary leiomyomatosis and renal cell carcinoma.

Il s'agit d'un syndrome cancéreux familial associant léiomyomes cutanés et utérins à un cancer du rein.

- **Les antécédents familiaux sont les suivants :**

- Toutes les femmes du côté maternel ont subi une hystérectomie ;
- Le grand-père maternel a eu un « problème au rein ».

- **Le test génétique montre que le patient est porteur d'un variant hétérozygote du gène codant pour l'activité enzymatique de la fumarate hydratase.**

- **Le HLRCC vu par...**

- Le dermatologue : les 3/4 des patients ont des léiomyomes cutanés, d'évolution bénigne.
- Le gynécologue : quasiment toutes les femmes atteintes ont des léiomyomes utérins et le risque d'évolution vers un léiomyosarcome est multiplié par 71.
- L'urologue : le risque de survenue d'un cancer du rein est multiplié par 6,5. L'apparition de ce cancer, de haut grade de malignité, est évaluée à 20% à l'âge moyen de 45 ans.

- **Prise en charge :**

- Surveillance par IRM rénale annuelle ;
- Dépistage des cas familiaux : maladie génétique autosomique dominante à pénétrance variable ;
- Conseil génétique et possibilité d'un diagnostic pré-implantatoire puisque 50% des descendants sont susceptibles d'être atteints.

Messages clés :

- **Au total : ce diagnostic devrait être évoqué devant une histologie de léiomyome, même unique. La technique de multiforage au laser CO2 continu est efficace pour le traitement des syringomes**

INFECTION DE LOGE DE PACE MAKER : DES SIGNES CUTANES A BIEN CONNAITRE.

Dr Yves Le Ru, dermatologue, Brest.

- Cas d'un homme de 83 ans porteur d'un pace maker depuis 2010 avec changement de pile en 2018 sous couverture de céfazoline.
- Hématome post opératoire et menace d'extériorisation progressive.
- En mai 2020, le patient consulte pour ses kératoses actiniques.
- Une anomalie cutanée est repérée au niveau du torse : en zone pré pectorale droite se trouve une érosion cutanée avec un réseau vasculaire dilaté.
- L'état général est altéré mais il n'y a pas de fièvre.

Avis cardiologique : suspicion d'infection.

Nécessité d'explantation urgente avec examen bactériologique, pas de réimplantation, évaluation du statut rythmologique, mise en place d'une antibiothérapie IV.

Bactériologie :

Sur la peau, isolement de staphylocoques aureus et epidermidis ; dans la loge du pace maker, staphylocoque epidermidis ; sur la sonde ventriculaire droite, staphylocoque epidermidis.

Hémocultures négatives.

Diagnostic définitif : infection de loge et de sonde de pace maker par staphylocoque epidermidis.

Quelles sont les complications de la pose d'un pace maker ?

- Les hématomes sont les plus fréquentes.
- Les infections, les plus graves : à suspecter en cas d'inflammation locale, d'érosion cutanée, de purulence, de bourgeon charnu ou de lésion pseudo tumorale même à une certaine distance du boîtier.
- L'infection peut concerner le boîtier, la loge, la sonde extra ou endovasculaire, voire l'endocarde et se généraliser.

La kératose actinique : de la prévention à la cicatrisation.

Dr Jean-François Sei, dermatologue, Saint-Germain-en-Laye ; Pr Laurent Mortier, dermatologue, CHU Lille ; Dr Sylvie Meaume, dermatologue, hôpital Rothschild, Paris.

Article rédigé par le Dr Yves Roubeix – Dermatologue

De plus en plus fréquentes, en lien avec les radiations UV et l'âge, les kératoses actiniques (KA) peuvent évoluer vers un carcinome épidermoïde, lequel tue 2 à 3 fois plus que le mélanome !

Dr Jean-François Sei, dermatologue, Saint-Germain-en-Laye

Les **facteurs de risque de la kératose actinique** sont bien connus :

- En premier lieu, l'exposition cumulée et chronique aux UV, qui fait de la kératose actinique un véritable dosimètre ;
- L'âge, 80 % des sujets de plus de 70 ans en sont atteints ;
- Les phototypes clairs, I et II ;
- Le sexe masculin ;
- L'éventuelle immuno-dépression (greffés...).

Il existe une **classification clinique** de la KA en 3 grades :

- Grade I : KA très fines, plus palpables que visibles ;
- Grade II : KA fines, visibles et palpables ;
- Grade III : KA épaisses, hyperkératosiques.

Le risque de transformation carcinomateuse augmente avec le grade.

Les signes cliniques d'appel qui conduisent à biopsier une KA :

- KA épaisse, hyperkératosique, inflammatoire ou infiltrée ;
- Diamètre supérieur à 1 cm, augmentation rapide de taille ;
- Saignement ou ulcération ; douleurs ;
- Récidive après traitement.

Les **critères dermoscopiques**, au mieux en lumière polarisée (sans immersion), sont :

- Le plus souvent, **absence de pigment**. En cas de KA pigmentée, des **grains à disposition annulaire sont visibles**, se pose alors la question d'un mélanome de Dubreuilh, invitant à la biopsie.
- **Grade I : pseudo-réseau vasculaire** : il s'agit de l'interruption de l'érythème diffus de la KA par des orifices pilosébacés intacts et de diamètre régulier, résultant en la formation de cercles rouges ;
- **Grade II : aspect en fraise** : sur fond d'érythème, la KA est parsemée de follicules pileux dilatés et obstrués par un épaissement corné blanchâtre, d'où l'aspect en fraise. S'y ajoutent de petits vaisseaux péri folliculaires, linéaires et ondulés.
- **Grade III : amas blanc jaune** : la kératine apparaît comme une large masse blanc jaunâtre, sans structure.
- Signes en faveur d'une évolution vers un carcinome épidermoïde : le pseudo-réseau vasculaire se dispose sur un mode radié en périphérie de la KA, réalisant une image en feu d'artifice.

Présentation de la **physiopathologie de la KA**.

- Les UV sont responsables de dommages à l'ADN kératinocytaire et particulièrement de la mutation du gène suppresseur de tumeur p53.

Cette mutation empêche l'apoptose physiologique des kératinocytes après irradiation et diminue les capacités de réparation de l'ADN : ainsi peuvent apparaître des clones cellulaires anormaux.

Plus de 90 % des carcinomes épidermoïdes sont associés à une altération du gène p53. L'effet pathogène des UVB est bien documenté mais il faut savoir que les UVA et le rayonnement visible sont également néfastes.

- Le rôle du virus HPV est évoqué mais encore discuté, ainsi que celui du tabac.

Le champ de cancérisation :

- Ce concept suggère que la peau d'aspect normal autour des KA comporte des cellules génétiquement modifiées et susceptibles de se transformer.
- Ceci concerne aussi d'autres cancers (foie, sein, ORL, bronches) et intervient dans la stratégie thérapeutique.

Quelles sont les zones à risque de cancérisation

- Les zones où les KA sont nombreuses ;
- Les zones où la transformation est plus agressive : lèvres, cuir chevelu, extrémités ;
- Les zones où un carcinome épidermoïde est apparu antérieurement.

Quel traitement proposer :

Et d'abord, faut-il traiter ? La réponse est oui, sachant que la quasi-totalité des carcinomes épidermoïdes se développe sur KA préexistante.

Quoi et comment traiter ? Traitons la KA et aussi le champ de cancérisation.

- S'il y a moins de 5 lésions, la cryothérapie à l'avantage de la radicalité.
- Dans les autres cas, utiliser une crème au 5-FU à 5 %, reconnue plus efficace que tout autre traitement, sans oublier l'imiquimod, la photothérapie dynamique et le laser.
- Sachons combiner ces différents traitements (par exemple : cryothérapie - pause 15j - imiquimod 5 % 15j - pause 15j - imiquimod 3,75 % 15j) et jouer avec les dosages des crèmes au 5-FU et à l'imiquimod.

Prochainement, une crème à base de tirbanibuline 1 % sera à disposition, cet inhibiteur de la polymérisation de la tubuline induit l'expression du gène p53 et l'apoptose kératinocytaire. Elle aura le grand avantage d'un traitement ultracourt, de 3 à 5 jours.

Dr Sylvie Meaume, dermatologue, hôpital Rothschild, Paris.

Quelles protections solaires existent de nos jours :

- Des écrans à haut coefficient de protection, appliqués en quantité suffisante ;
- Des chapeaux à large bord, plus protecteurs pour les oreilles que les casquettes ;
- Des lunettes de soleil à verres enveloppants ;
- Des vêtements tissés serrés (polyester, nylon, élasthane, coton) et de couleur sombre.

Elle est utile pour prévenir les KA mais aussi la pigmentation post-thérapeutique.

Préventivement, pour les patients qui le nécessitent, peuvent être proposés la vitamine PP (Nicobion 500®) au long cours, voire l'acitrétine (Soriatane®) à faibles doses.

Messages clés :

- **Presque tous les carcinomes épidermoïdes se développent sur kératose actinique ;**
- **Nécessité de traiter, non seulement les KA, mais aussi le champ de cancérisation en combinant les divers moyens thérapeutiques existants ;**
- **Possibilité d'une action préventive par vitamine PP au long cours.**



QUIZ DE FORMATION

Quelle est la mauvaise affirmation ?

- a) La crème à 5 % de 5-FU est le traitement le plus efficace.
- b) Un traitement topique de très courte durée arrivera bientôt.
- c) Devant une forme pigmentée de KA, le diagnostic différentiel est le mélanome de Dubreuilh.
- d) Les rayons ultraviolets sont les seuls facteurs de risque d'apparition des KA

Quelle est la bonne affirmation ?

L'HIFEM

- a) Les KA ne nécessitent pas toujours d'être traitées.
- b) Elles n'atteignent que les sujets âgés.
- c) Le concept de champ de cancérisation rend compte de leur caractère récidivant.
- d) Des vêtements de couleur claire constituent la meilleure protection contre le soleil.

Retrouvez les réponses pages 27, 28 et 29

La personne âgée en onco-dermatologie.

Pr Anne Liên Pham-Ledard, dermatologue, CHU Bordeaux.

Article rédigé par le Dr Yves Roubeix – Dermatologue

Cet exposé vise à aider le dermatologue pour répondre à la question : jusqu'où traiter, et de quelle façon, en cancérologie du sujet âgé ?

En premier lieu, il faut savoir **se poser les bonnes questions** :

Qui est mon patient ?

Âge physiologique ?

Espérance de vie ?

Qualité de vie, projets, présence de l'entourage ?

Adhésion au projet thérapeutique et à ses contraintes ?

Quel est son cancer ?

Évolution rapide ou lente ?

Extension locale ou métastases ?

Atteinte des fonctions vitales ?

Retentissement sur la qualité de vie ?

Retentissement social ?

Qu'attendons-nous du traitement ?

Guérir ou retarder l'évolution ?

Prolonger la survie ?

Permettre d'accomplir un projet de vie ?

Améliorer la qualité de vie ?

Quel retentissement sur la qualité de vie ?

Quelles conséquences sociales ?

Une personne peut être âgée, mais est-elle forcément fragile ?

Vieillir « en bonne santé », qu'est-ce que c'est ?

Ne pas être malade.

Maintenir ses capacités fonctionnelles : marcher, sortir, avoir des loisirs, mémoriser...

Continuer à faire ce qui tient à cœur.

La fragilité, qu'est-ce que c'est ?

Être limité sur le plan fonctionnel.

Avoir des capacités d'adaptation réduites.

Il existe **3 catégories de patients, et 3 types de traitement** :

1. **Patient « FIT »** : le traitement oncologique sera calqué sur celui d'un patient plus jeune.
2. **Patient « fragile »** : il recevra un traitement spécifique mais adapté.
3. **Patient très fragile, dépendant** : un traitement palliatif sera indiqué.

Quelques **problématiques spécifiques liées à l'âge et aux traitements multimodaux** sont à prendre en compte :

Chirurgie :

Anesthésie locale ou générale ?

Présence d'une anxiété, de troubles cognitifs ?

Radiothérapie :
Immobilité nécessaire.
Trajets à répétition.
Effets indésirables.

Traitements systémiques :
État général, présence de comorbidités ?
Surveillance biologique astreignante.
Effets indésirables éventuels ?
Chimiothérapie ambulatoire ?

Soins de support et traitements des autres pathologies.

L'arsenal thérapeutique a évolué :

L'immunothérapie, en première ligne, tient une place très importante (mélanome métastatique, carcinome épidermoïde de la tête et du cou, carcinome de Merkel).
Double immunothérapie, à condition de pouvoir être tolérée.
Thérapie ciblée orale (mélanome métastatique, carcinome baso-cellulaire)
Chimiothérapie, moins souvent.

Quel est l'impact de l'immunosénescence et immunothérapie ?

Il s'avère que, contrairement aux craintes initiales, l'immunothérapie fonctionne aussi bien, voire mieux, chez le sujet âgé.

Pourquoi ?

Parce que la charge mutationnelle de la tumeur est plus forte chez le sujet âgé, ce qui rend la tumeur plus facilement repérable par le système immunitaire.

Le microbiote intestinal occupe une place importante dans la réponse à l'immunothérapie ; sa composition se modifie avec l'âge, ce qui influe positivement sur le traitement.

Le stress, mauvais pour l'immunité, est plus facile à gérer par une personne en fin de parcours que par un sujet jeune.

C'est ainsi que 50 % des patients âgés (82 ans en moyenne), sous immunothérapie pour carcinome épidermoïde évolué ou métastatique, obtiennent une bonne réponse.

Les effets indésirables de l'immunothérapie ne sont pas plus nombreux que chez des patients jeunes mais souvent plus difficiles à gérer, ce qui requiert une plus grande prudence dans le choix de cette indication.

Un impact négatif de l'immunothérapie, qui passe la barrière méningée, sur les fonctions cognitives est suspecté, nécessitant une surveillance accrue.

Messages clés :

- D'une part, il faut soigner, ne pas surtraiter et apporter du confort ; d'autre part, ne pas nuire.
 - Ne pas se contenter d'une évaluation rapide.
 - Tenir compte de l'état nutritionnel, de l'autonomie, de la motricité, de l'entourage, de l'existence de comorbidités et bien sûr, de la volonté du patient !
-



QUIZ DE FORMATION

Quelle est la bonne réponse ?

- Tous les patients âgés peuvent bénéficier des mêmes traitements oncologiques que les patients jeunes.
- L'efficacité de l'immunothérapie diminue avec le vieillissement.
- La finalité du traitement oncodermatologique du sujet âgé est toujours l'obtention de la guérison.
- L'immunothérapie en première ligne occupe une place essentielle.

Quelle est la mauvaise réponse ?

- Les effets indésirables de l'immunothérapie sont plus fréquents chez le sujet âgé.
- La qualité du microbiote intestinal joue un rôle dans la réponse à l'immunothérapie.
- L'immunothérapie fonctionne aussi bien chez le sujet âgé que chez le plus jeune.
- Pour un patient très fragile, un traitement palliatif pourra être indiqué.

Retrouvez les réponses pages 27, 28 et 29

Quand le trou noir s'éclaire : tout ce que vous avez voulu savoir sur l'anus !

Dr Johan Chanal, dermatologue, Hôtel-Dieu, hôpital Cochin, Paris ; Dr Lucas Spindler, proctologue, hôpital Saint Joseph, Paris.

Article rédigé par le Dr Yves Roubeix – Dermatologue

L'anus, zone de jonction du périnée, entre muqueuse digestive et peau, est une région aux pathologies parfois mal connues des dermatologues.

Histologie de l'anus :

À sa partie supérieure, c'est une muqueuse glandulaire avec des glandes de Lieberkühn ;

À sa partie moyenne, c'est une muqueuse transitionnelle ;

À sa partie inférieure, une muqueuse malpighienne, pluristratifiée, non kératinisée.

Vascularisation :

L'artère rectale supérieure, branche de l'artère mésentérique inférieure, irrigue le rectum et le canal anal.

Les veines rectales supérieures viennent de la veine mésentérique inférieure (système porte), les veines rectales inférieures viennent de la veine iliaque interne (système cave).

Ainsi se trouve constituée, au niveau de l'anus, une anastomose porto cave physiologique.

Les hémorroïdes sont des structures physiologiques, bénéficiant d'une vascularisation artérielle, ce qui rend compte de la possibilité de saignements pouvant être importants.

Il existe 2 plexus hémorroïdaires : l'un interne, situé dans l'espace sous-muqueux, au niveau du sphincter interne, dépendant de l'artère rectale supérieure ; l'autre externe, sous la peau de la marge anale, tributaire de l'artère rectale inférieure.

L'examen clinique de l'anus comporte 3 temps :

L'inspection ;

La palpation, délicate car souvent douloureuse, en prenant soin de faire pousser le patient et de déplisser les plis radiés ;

L'anuscopie.

Quelques données sur le lichen scléreux.

Chez la femme, l'atteinte conjointe des muqueuses anale et vulvaire est habituelle, réalisant un aspect caractéristique, en 8.

Sur le plan pathogénique, le rôle d'un contact chronique avec l'urine est évoqué.

Le diagnostic différentiel peut se poser avec une lichénification par grattage, un vitiligo, une anite radique, un état cicatriciel, un lichen plan parfois érosif au niveau vulvaire.

L'évolution à terme peut se faire vers un carcinome épidermoïde, ce qui justifie une surveillance régulière et une biopsie au moindre doute.

Anus inflammatoire et dermocorticoïdes.

Il ne faut pas (ou plus) craindre l'usage des dermocorticoïdes à ce niveau.

Ne pas les utiliser trop peu car alors récurrence précoce des symptômes et perte de confiance du patient.

Mais pas trop longtemps non plus et sans surveillance car risque d'atrophie cortisonique ou de favoriser une infection virale HPV ou HSV.

Concrètement :

Une seule application par jour jusqu'à net soulagement du patient, jusqu'à parfois 6 semaines

;

Éventualité d'un traitement d'entretien à raison de 3 applications hebdomadaires si nécessaire ;

En cas d'échec, le tacrolimus topique (Protopic®), hors AMM, peut être proposé.

Exemples de traitements selon les pathologies :

Thrombose hémorroïdaire externe :

Topiques (crèmes, suppositoires) ;

Laxatifs ;

Antalgiques par palier de I à III : du paracétamol à la morphine en passant par codéine ou tramadol ;

AINS, voire corticoïdes.

Il est devenu inhabituel de devoir inciser

Abcès, de la marge ou intramural :

Antalgiques de palier I à III ;

Incision sous anesthésie locale ou générale ;

Pas d'AINS, pas d'antibiotiques sauf cas particuliers.

Fissure anale :

Topiques ;

Laxatifs ;

Myorelaxants ;

Antalgiques de palier I à III.

Ce qu'il ne faut pas faire :

En rester au « j'ai des hémorroïdes » : un saignement rouge après 45 ans indique une coloscopie.

Prescrire des antibiotiques dans les abcès.

Prescrire des AINS dans les abcès.

Anus et HPV :

Il existe plus de 200 génotypes d'HPV.

Types à bas risque : 6 et 11, fréquents, responsables des condylomes acuminés.

Types à haut risque : 16 et 18 en particulier, responsables de néoplasies intra-épithéliales conduisant au carcinome épidermoïde.

95 % des cancers de l'anus sont HPV induits.

Dans 2 cas sur 3, le patient est âgé de plus de 65 ans.

L'incidence de ce cancer est en constante augmentation.

Importance du dépistage : cytologie par frottis, test HPV, anoscopie à haute résolution.

Qui dépister ? Patients VIH + hommes homosexuels, femmes avec antécédents de néoplasie intra-épithéliale de haut grade ou de cancer cervico-vulvo-vaginal, sujets immunodéprimés.

Messages clés :

- Utiliser sans hésitation les dermocorticoïdes sur les pathologies anales inflammatoires.
- Augmentation de la prévalence du cancer de l'anus HPV induit.
- Dépistage des populations à risque.



QUIZ DE FORMATION

Quelle est la proposition exacte ?

- a) Le traitement d'un abcès anal est mixte, chirurgical (incision) et médical (antibiotiques).
- b) Le traitement d'une thrombose hémorroïdaire externe est l'incision.
- c) Le lichen scléreux est une pathologie chronique et bénigne, ne nécessitant pas de surveillance.
- d) Presque tous les cancers de l'anus sont HPV induits.

Quelle est la proposition inexacte ?

- a) 2 fois sur 3, le patient atteint d'un cancer de l'anus a plus de 65 ans.
- b) Les condylomes acuminés sont des précurseurs du cancer de l'anus.
- c) Les pathologies anales peuvent être excessivement douloureuses et nécessiter l'usage d'antalgiques forts, telle la morphine.
- d) Un saignement de sang rouge par l'anus après 45 ans indique une coloscopie.

Retrouvez les réponses pages 27, 28 et 29



Un eczéma problématique...

Dr Delphine STAUMONT-SALLE, dermatologue, CHU Lille ; Dr Florence TETART, dermatologue, CHU Rouen.

Article rédigé par le Dr Yves Roubeix – Dermatologue

Lors de cet atelier nous avons suivi un enfant de 8 mois avec un eczéma très étendu.

Il s'agit d'un enfant de 8 mois qui souffre d'un eczéma très étendu, avec prurit majeur, apparu 2 mois auparavant.

Quelles questions posez-vous ?

- Antécédents familiaux d'atopie ;
- Allaitement maternel ou artificiel ;
- Notion de contagiosité, dans l'hypothèse d'une gale sous-jacente ;
- Traitements reçus.

Voici les réponses des parents :

- Asthme et rhinite allergique chez le père ; asthme et eczéma depuis l'enfance chez la mère ;
- Allaitement maternel jusqu'à 5 mois, puis allaitement artificiel ;
- Échec des dermocorticoïdes.

Que suspectez-vous, que proposez-vous ?

- Allergie retardée aux protéines du lait de vache ;
- Dermatite atopique ;
- Régime d'éviction des protéines du lait de vache et soins locaux.

Point sur l'allergie aux protéines du lait de vache :

- La 1^{re} allergie alimentaire à apparaître, de début précoce avant 6 mois ;
- Fréquente et de plus en plus, touchant entre 2 % et 7 % des nourrissons ;
- De bon pronostic à la condition d'une bonne prise en charge.
- La guérison est obtenue dans l'immense majorité des cas vers l'âge de 1 an, dans quasi tous les cas avant l'entrée à l'école ;
- Attention au risque d'aggravation de l'allergie avec choc anaphylactique en cas de régime d'éviction très prolongé pendant plusieurs années : importance de la coordination dermatologue-allergologue-pédiatre pour ne pas rater le coche de la réintroduction.

Il existe **3 types d'allergies aux protéines du lait de vache** :

- o **Hypersensibilité immédiate** : urticaire, angio-oedème, bronchospasme, malaise ;
- o **Hypersensibilité retardée** : c'est elle qui concerne le dermatologue : eczéma, troubles digestifs, cassure de la courbe staturo-pondérale, formes plus rares d'œsophagite à éosinophiles ;
- o **Syndrome d'entérocolite induite aux protéines alimentaires** : vomissements en jet et risque de déshydratation.

Dans quel cadre évoquer cette allergie ?

- Eczéma sévère ;
- Échec d'un traitement local bien conduit ;
- Nausées, vomissements, reflux gastro-œsophagien, œsophagite, hématurie ;
- Diarrhée, constipation, rectorragies ;
- Douleurs abdominales, ballonnement ;
- Cassure de la courbe de poids ;
- Anorexie, refus d'alimentation ;
- Troubles du sommeil, pleurs nocturnes, irritabilité.

Quelle conduite à tenir en cas de suspicion d'allergie aux protéines du lait de vache :

- Des tests d'allergie peuvent être pratiqués : prick test et IgE spécifiques du lait ; patch test au lait.
- Et surtout, procéder à un régime d'éviction pendant 1 mois :
 - Allaitement maternel, si possible ;
 - Hydrolysât de protéines de lait industrialisé ;
 - Aucun aliment contenant lait, crème ou beurre ;
 - Éviction des laits d'autres mammifères (chèvre, brebis, bufflonne, jument, chamelle...) en raison d'une forte homologie de structure avec le lait de vache ;
 - Éviter les « laits » végétaux de riz, amande, épeautre, avoine, coco, châtaigne..., qui ne sont pas des laits.
- Et si le régime d'éviction d'1 mois n'est pas efficace :
 - Il ne s'agit donc pas d'une allergie aux protéines du lait de vache, qui peut alors être repris ;
 - Rechercher l'existence d'une corticophobie chez les parents, voire le pharmacien ou le médecin traitant ;
 - Prescrire les dermocorticoïdes autorisés chez l'enfant, de classe II (Locapred®, Tridésone®) ou de classe III (Diprosone®, Betnéval®, Locatop®, Nérisonne®, Flixovate®, Locoïd®, Efficort®) ;
 - Faire de l'éducation thérapeutique sur la façon d'appliquer le dermocorticoïde : en quantité suffisante, en utilisant le concept d'unité phalange ;
- Précaution particulière :
 - Attention aux dermocorticoïdes sous les couches, risque de granulome glutéal.

Messages clés :

- **Fréquence croissante de l'allergie aux protéines du lait de vache.**
- **Dépister la corticophobie.**
- **Coordination dermatologue-pédiatre-allergologue.**



QUIZ DE FORMATION

Quelle est la bonne proposition ?

- a) Le lait de vache peut être remplacé par le lait de chèvre ou de brebis.
- b) L'allergie aux protéines du lait de vache répond toujours au mécanisme d'hypersensibilité retardée.
- c) L'allergie aux protéines du lait de vache disparaît presque constamment vers l'âge d'1 an.
- d) La prolongation pendant plusieurs années du régime d'exclusion du lait de vache est souvent nécessaire

Quelle est la mauvaise affirmation ?

- a) Chez l'enfant, les dermocorticoïdes de classes II et III sont autorisés.
- b) L'allergie aux protéines du lait de vache débute précocement, avant 6 mois.
- c) Une gale peut simuler une dermite atopique.
- d) La corticophobie ne peut être le fait que des parents.

Retrouvez les réponses pages 27, 28 et 29

Trans-identité : aspects sociologiques, psychologiques, médicaux, chirurgicaux.

Dr Martine Schollhammer, dermatologue, Brest ; Arnaud Alessandrin, sociologue, Bordeaux ; Dr Thierry Gallarda, psychiatre, centre hospitalier Sainte Anne, Paris ; Dr Dorian Sandre-Banon, endocrinologue, Paris ; Dr Patrick BUI, chirurgien plasticien, hôpital américain, Neuilly-sur-Seine.
Article rédigé par le Dr Yves Roubeix – Dermatologue

La question de la trans-identité, si elle n'est pas nouvelle, a évolué au niveau de sa reconnaissance et de sa prise en charge et est devenue un sujet d'actualité.

LE POINT DE VUE DU DERMATOLOGUE.

Dr Martine Schollhammer, dermatologue, Brest.

La personne souhaitant une féminisation est très souvent amenée à consulter en dermatologie pour la prise en charge de sa pilosité.

Ce parcours de transition est une épreuve longue et difficile pour qui le suit, et appelle une grande bienveillance de la part du dermatologue.

Souvent, l'accueil offert par le dermatologue est involontairement maladroit et ressenti par le patient comme de la transphobie.

Dans certains cas, le dermatologue est le 1er praticien consulté, la patiente a encore une présentation en adéquation avec le genre masculin assigné à la naissance.

Parfois, un traitement hormonal féminisant a déjà été institué, voire un contact pris auprès d'un chirurgien et une prise en charge en ALD réalisée.

Rarement ont été effectués le changement d'état civil et la mise à jour de la carte Vitale.

Pour éviter l'écueil de la transphobie involontaire, il faut demander à la personne comment elle souhaite être nommée et genrée et en tenir compte pour s'adresser à elle.

LES ASPECTS SOCIOLOGIQUES DE LA TRANS-IDENTITE.

Arnaud Alessandrin, sociologue, Bordeaux.

Historique : du transsexualisme

- 1953 : Définition du transsexualisme.
- 1979 : Protocolarisation des parcours : psychiatre, endocrinologue, chirurgien.
- 2000 : Dépsychiatriation.
- 2010 – 2020 : Reconnaissance de la transphobie et dégenétilisation du sexe :
 - La discrimination liée au genre est interdite, au même titre que le racisme ou l'homophobie ;
 - Depuis 2016, il est possible de changer de prénom et de mention de sexe à l'état civil, sans pour autant avoir subi d'intervention chirurgicale.

La réalité de la transphobie :

- 85 % des personnes trans se disent victimes de transphobie au cours des 12 derniers mois mais 4 % seulement portent plainte.
- Active dans le monde de la santé (60 % sur 12 mois), celui du travail (33 %) ou à l'école (82 %).
- Il s'ensuit une sur-suicidité chez les personnes trans.

ASPECTS PSYCHOLOGIQUES/PSYCHIATRIQUES.

Dr Thierry Gallarda, psychiatre, centre hospitalier Sainte Anne, Paris.

- Toutes les personnes trans n'acceptent pas le recours à un psychiatre.
- Il existe une stigmatisation des trans et aussi de leurs médecins !
- On est passé d'un protocole de soins strict à l'accompagnement de personnes en souffrance psychique (anxiété, dépression) ou dysphorie.
- La Sécurité sociale rembourse tous les actes, médicaux et chirurgicaux, en lien avec le parcours de transition, ce qui doit éviter une mercantilisation des soins pour ces personnes.

Les sujets de réflexion sont nombreux :

- Autodétermination des trans très jeunes ;
- Problème des détransitions ;
- Stigmatisation majeure des trans âgés ;
- Demandes partielles, modularité des soins : épilation ? Traitement hormonal ? Génitoplastie ?
- Savoir évaluer la demande du trans, le degré de dysphorie et le contexte familial.

ASPECTS MEDICAUX ET ENDOCRINOLOGIQUES.

Dr Dorian Sandre Banon, endocrinologue, Paris.

Le but du traitement hormonal est le bien-être et la qualité de vie du patient trans. Il n'existe pas de parcours de transition type, les demandes varient depuis la simple reconnaissance sociale (prénom, pronom, vêtements), en passant par le bien-être (le traitement hormonal met fin à une souffrance), jusqu'à une transformation complète.

Le parcours de soins du trans :

- Il se heurte d'une part à la méconnaissance du personnel soignant et d'autre part à la crainte de la discrimination, de la transphobie, du mégenrage.
- Le traitement doit être individualisé, il doit exister une autodétermination éclairée pour un consentement éclairé.
- Le trans féminin recevra des hormones féminisantes et des antiandrogènes ; le trans masculin, des androgènes.
- La prévalence des maladies mentales est augmentée chez les trans : dépression, anxiété, automutilations, tentatives de suicide, toxicomanie. L'hormonothérapie améliore grandement ces manifestations.
- Les effets du traitement hormonal apparaissent au cours des deux premières années.
- Les impacts du traitement sur la fertilité, la possibilité de conservation des gamètes, doivent être évoqués.
- Les effets secondaires indésirables des traitements sont recherchés : maladies thromboemboliques sous œstrogènes, méningiomes sous antiandrogènes, cancer du sein ou de l'utérus sous testostérone.

ASPECTS CHIRURGICAUX.

Dr Patrick Bui, chirurgien plasticien, hôpital américain, Neuilly-sur-Seine.

Au niveau du visage :

- La masculinisation du visage ne pose pas de difficultés ; en revanche, il est moins facile de féminiser un visage masculin.
- Le bilan préopératoire comporte une téléradiographie face et profil, une radio panoramique dentaire, un scanner, l'étude des critères de masculinité et de féminité du squelette facial, une simulation 3d.
- Exemples de gestes effectués : ostéotomie maxillaire, génitoplastie d'avancement, abaissement du scalp, canthopexie externe (« œil de biche »), rhinoplastie, augmentation des pommettes, augmentation de la projection des lèvres, chondrolaryngoplastie de diminution, dermabrasion, peeling etc.

Sur le reste du corps :

- Masculinisation : mammectomie, ovariectomie, pénoplastie.
- Féminisation : plastie mammaire ; remodelage des hanches, cuisses, fesses ; vaginoplastie.

Messages clés :

- La discrimination, volontaire ou non, en fonction du genre, est interdite.
- La dysphorie de genre, souffrance psychique de la personne trans, est traitée par les soins médicaux, chirurgicaux, psychologiques.
- La transphobie est toujours très actuelle.



QUIZ DE FORMATION

Trouvez la bonne proposition

- a) Le protocole de parcours de transition est univoque : psychiatre, endocrinologue, chirurgien.
- b) Il est possible de changer prénom et mention de genre sur les documents d'état civil, à condition de suivre un traitement hormonal et d'avoir eu recours à la chirurgie.
- c) La transphobie, illégale, peut être volontaire ou involontaire.
- d) Les personnes trans âgées sont moins l'objet de discriminations.

Trouvez la mauvaise proposition

- a) Les éventuels effets secondaires des traitements hormonaux doivent être recherchés.
- b) 85 % des personnes trans disent avoir été victimes de transphobie au cours des 12 derniers mois.
- c) Lors d'un parcours de transition, seuls les actes médicaux sont remboursés par la Sécurité sociale ; les interventions chirurgicales restent à la charge du patient.
- d) Le dermatologue est souvent le premier praticien consulté par la personne désireuse d'entamer un parcours de transition.

Retrouvez les réponses pages 27, 28 et 29

Le continuum psoriasique : du cutané à l'articulaire.

Dr Thierry Boye, dermatologue, hôpital d'instruction des armées Sainte Anne. Toulon ; Dr Marc Perrusel, dermatologue, CHU Rennes ; Pr Philippe GOUPILLE, rhumatologue, CHRU Tours
Article rédigé par le Dr Yves Roubeix – Dermatologue

Cet exposé a pour ambition de souligner l'intérêt de la collaboration entre dermatologue et rhumatologue pour la prise en charge du patient psoriasique.

ACTUALITES DES ANTI IL 17.

Dr Thierry BOYE, dermatologue, hôpital d'instruction des armées Sainte Anne. Toulon.

- Les options thérapeutiques biologiques pour un psoriasis cutané sont devenues nombreuses : adalimumab, ustékinumab, et plus récemment, les anti IL 17 (sécukinumab, ixékizumab, brodalumab) et les anti IL 23 (guselkumab, risankisumab, tildrakizumab).
- Les anti IL 17 et 23 sont les plus efficaces pour l'obtention d'un blanchiment complet.
- Ils permettent le maintien d'un bon résultat pendant une longue durée, une à plusieurs années : à 5 ans, sous anti IL 17, 66 % des patients conservent un PASI 100.
- Leur tolérance est satisfaisante.
- Les anti IL 17 ont en outre l'avantage d'une plus grande rapidité d'action.

À PROPOS DU PSORIASIS UNGUEAL.

Dr Marc Perrusel, dermatologue, CHU Rennes.

Avec cette localisation particulière, l'indice de qualité de vie des patients diminue de façon importante. Il existe un lien anatomique étroit entre les enthèses des extrémités des doigts, zones d'insertion des tendons extenseurs et fléchisseurs sur les phalanges distales, et la matrice unguéale.

L'atteinte de l'ongle au cours du psoriasis est un facteur prédictif de l'atteinte rhumatismale : une fois sur trois, il existe une atteinte des tendons extenseurs ou fléchisseurs, objectivée par l'IRM.

Secondairement, l'inflammation touche l'articulation interphalangienne distale.

L'atteinte des ongles est fréquente au cours du psoriasis cutané, d'autant plus que ce dernier est plus sévère. Cette fréquence est majorée par l'existence d'un rhumatisme psoriasique, pouvant atteindre 80 % des sujets.

L'atteinte unguéale cause un préjudice esthétique mais peut aussi être responsable de douleurs restreignant les activités quotidiennes et professionnelles.

Les facteurs prédictifs de la survenue d'un rhumatisme psoriasique sont les suivants :

- Atteinte d'au moins 3 sites cutanés distincts ;
- Onyxis ;
- Localisation au cuir chevelu ;
- Intertrigo.

L'atteinte unguéale à type d'onycholyse est souvent associée à une forme rhumatismale destructrice, davantage que les atteintes en ponctuations en dé à coudre ou d'hyperkératose. Le traitement du psoriasis unguéal reste difficile, faisant appel au méthotrexate ou à l'aprémilast puis aux biothérapies, parmi lesquelles les anti IL17.

Ainsi, l'appareil unguéal se comporte comme un véritable pont entre psoriasis cutané et articulaire.

Ainsi, le dermatologue, qui est déjà devenu une sentinelle pour les comorbidités vasculaires, devient maintenant une sentinelle rhumatologique.

LE POINT DE VUE DU RHUMATOLOGUE.

Pr Philippe Goupille, rhumatologue, CHRU Tours.

Le diagnostic de rhumatisme psoriasique peut être facilité pour le dermatologue par l'existence des signes qui suivent :

- Signes de dactylite (œdème inflammatoire, doigt ou orteil en saucisse) ;
- Talalgies ;
- Fessalgies bilatérales ;
- Douleurs articulaires périphériques avec gonflement chez les moins de 50 ans.

Le traitement du rhumatisme psoriasique associé à un psoriasis cutané repose principalement sur les biothérapies anti IL17 en première ligne, plutôt que sur les anti TNF : en effet, ces deux produits sont d'efficacité équivalente sur les articulations mais les anti IL17 l'emportent sur les anti TNF au niveau cutané.

Messages clés :

- Intérêt de la collaboration entre dermatologue et rhumatologue.
- Supériorité des anti IL17 pour traiter le psoriasis cutané, associé ou non à un rhumatisme.
- L'atteinte de l'ongle, facteur prédictif d'une atteinte articulaire.



QUIZ DE FORMATION

Quelle est la bonne proposition ?

- a) Il existe une continuité anatomique entre l'ongle et les enthèses digitales.
- b) Les anti TNF sont plus efficaces que les anti IL17 sur l'atteinte cutanée du psoriasis.
- c) La localisation unguéale du psoriasis n'entraîne qu'un préjudice esthétique.
- d) Il n'y a pas de corrélation entre la sévérité de l'atteinte cutanée et l'existence de localisations unguéales.

Quelle est la proposition inexacte ?

- a) L'atteinte unguéale à type d'onycholyse est plus souvent associée à une atteinte articulaire.
- b) L'atteinte des plis fait partie des facteurs prédictifs de la survenue d'un rhumatisme psoriasique.
- c) Après 5 ans, 2 patients sur 3 restent en rémission complète de leur psoriasis cutané traité par anti IL17.
- d) L'impact de la localisation unguéale sur la qualité de vie est faible.

Retrouvez les réponses pages 27, 28 et 29

Nouveaux environnements, nouveaux modes de vie : nouveaux allergènes, nouvelles allergies

Dr Brigitte Milpied, dermatologue, CHU Bordeaux.

Article rédigé par le Dr Yves Roubeix – Dermatologue

Les allergènes des années 80, métaux, parfums, conservateurs, colorants, ont changé ou disparu, à l'instar de nos modes de vie. Pour autant, les allergies cutanées n'ont pas disparu, loin de là !

Dans la grande famille des acrylates...

L'isobornyl acrylate (IBOA), élu allergène de l'année 2020 !

- Les capteurs glycémiques ont depuis peu révolutionné l'autosurveillance de leur glycémie par les diabétiques.
 - Ces derniers échappent ainsi à la contrainte du prélèvement sanguin.
 - Grâce à ces dispositifs, la fréquence des accidents hypoglycémiques a diminué de 50%.
 - Mais des eczémas de contact à ces capteurs (Freestyle Libre®) sont apparus, l'ingrédient responsable étant l'IBOA.
- Les pompes à insuline (OmniPod®) en patch adhésif sont elles aussi causes d'eczémas de contact dont le responsable est là encore l'IBOA.
- Les brassards tensionnels jetables peuvent eux aussi provoquer des eczémas de contact, toujours par le biais de l'IBOA.

Le cyano-acrylate, encore un autre acrylate !

- La colle chirurgicale Dermabond® est de plus en plus utilisée et peut entraîner l'apparition d'un eczéma au niveau de la ligne d'incision cutanée : le cyano-acrylate en est responsable.
- De même, pour la colle utilisée pour poser les ongles artificiels
- Remarquons que les adhésifs modernes ne contiennent plus la classique colophane mais des acrylates.

Les méthacrylates

- Contenus dans les ongles artificiels eux-mêmes et susceptibles de provoquer des eczémas et même des asthmes, chez les prothésistes ongulaires.
- La sensibilisation aux méthacrylates survient très rapidement.
- Ils sont également trouvés dans les nombreux pansements que les dermatologues utilisent ou prescrivent quotidiennement : Micropore®, Mepilex®, Urgoderm®, Opsite® Tegaderm®...

L'acétophénone azine

- C'est un résidu de fabrication de certains équipements sportifs, telle la mousse des protège tibias ou les semelles de chaussures de sport, responsable d'eczéma des jambes ou de la plante des pieds.

L'aluminium, allergène de l'année 2022 !

- L'hydroxyde d'aluminium est un adjuvant des vaccins, cause de granulomes post vaccinaux, de plus en plus décrits chez l'enfant.
- Dans une étude portant sur une centaine d'enfants, le plus souvent atopiques, 22% sont allergiques à l'aluminium, cette allergie s'estompant avec le temps.

Les huiles essentielles

- Très à la mode depuis quelques années, elles sont bien connues des dermatologues pour leur capacités allergisantes.
- Une huile essentielle est un produit aromatique obtenu à partir d'une plante fraîche.
- Les huiles végétales obtenues par pression (olive, argan, pépins de raisins, sésame, colza, tournesol) ne sont pas des huiles essentielles.
- La composition de ces huiles est complexe et variable d'une même plante à l'autre : il peut y avoir jusqu'à 400 composants différents dans une seule huile mais les dérivés terpéniques (linalol, limonène, citronellol, eucalyptol, géraniol...) sont représentés à hauteur de 25%.
- Les risques des huiles essentielles ne sont pas seulement d'ordre allergique cutané mais aussi toxiques (phototoxicité des essences d'agrumes) et endocriniens (perturbations hormonales liées aux huiles essentielles de lavande et de l'arbre à thé).
- Les huiles le plus souvent incriminées sont celles de menthe (dentifrices au menthol) verte ou poivrée, térébenthine, cannelle, géranium, lavande (masseurs, kinésithérapeutes), arbre à thé.
- Les effets secondaires cutanés des huiles essentielles ne se résument pas à des eczémas de contact mais sont souvent importants, entraînant une hospitalisation dans un cas sur cinq.
- Un aspect en cocardes, mimant l'érythème polymorphe, peut être observé.
- Il faut remarquer que seulement un malade sur deux a signalé spontanément l'utilisation d'huiles essentielles, la question doit donc être systématiquement posée par le dermatologue.
- Exemples de produits connus contenant des huiles essentielles : Végébom®, Kétum®, Cétavlon®, Phénergan®, Décontractyl®, Vicks Vaporub®.

Pour conclure :

- ✓ Les huiles essentielles sont des substances végétales naturelles.
- ✓ Elles sont très utilisées sur la peau (aromathérapie, cosmétique, parfums).
- ✓ Leur composition est complexe, variable pour une même plante mais avec des composants communs d'une plante à l'autre.
- ✓ Nombre de ces composants sont à risque allergique.
- ✓ Certains pourraient être des perturbateurs endocriniens.

Messages clés :

- Les adhésifs sont souvent responsables d'eczémas de contact par le biais des acrylates.
 - Les granulomes post vaccinaux, en liaison avec l'aluminium des adjuvants, sont de plus en plus fréquents.
 - Les risques allergiques des huiles essentielles sont potentiellement graves.
-



QUIZ DE FORMATION

Quelle est l'affirmation exacte ?

- a) Il n'y a pratiquement aucun risque d'allergie aux pansements modernes utilisés par les dermatologues.
- b) La colophane est de plus en plus souvent utilisée dans les adhésifs.
- c) L'allergie à l'aluminium contenu dans les vaccins est exceptionnelle.
- d) Les dérivés terpéniques des huiles essentielles sont souvent responsables d'allergies.

Quelle est l'affirmation inexacte ?

- a) Avec les acrylates, le risque allergique se résume à l'eczéma de contact.
- b) Les huiles essentielles sont responsables d'allergies parfois graves.
- c) La colle chirurgicale peut elle aussi être un facteur d'eczéma de contact.
- d) Certains équipements sportifs sont allergisants.

Retrouvez les réponses pages 27, 28 et 29

Réponses aux quiz

FOCUS DERMATO

Article : Psoriasis, encore du nouveau !

Trouvez la bonne réponse !

b. Un inhibiteur topique de la phosphodiesterase 4 viendra prochainement sur le marché.

Trouvez la mauvaise réponse !

d. Le méthotrexate par voie s/c permet des rémissions moins prolongées que par voie orale.

Article : Mélanomes achromiques et hypochromiques : pas si rares...

Quelle est la mauvaise réponse ? Selon l'étude MELALIB 2020 :

b. Le dermoscope est plus utile pour le diagnostic des MHA que pour celui des MP.

Quelle est la bonne réponse ? Selon l'étude MELALIB 2020 :

a. Le patient a repéré lui-même une lésion suspecte, plus souvent en cas de MHA qu'en cas de MP.

Article : La kératose actinique : de la prévention à la cicatrisation.

Quelle est la mauvaise affirmation ?

d. Les rayons ultraviolets sont les seuls facteurs de risque d'apparition des KA.

Quelle est la bonne affirmation ?

c. Le concept de champ de cancérisation rend compte de leur caractère récidivant.

Article : La personne âgée en onco-dermatologie.

Quelle est la bonne réponse ?

d. L'immunothérapie en première ligne occupe une place essentielle.

Quelle est la mauvaise réponse ?

a. Les effets indésirables de l'immunothérapie sont plus fréquents chez le sujet âgé.

Article : Quand le trou noir s'éclaire : tout ce que vous avez voulu savoir sur l'anus !

Quelle est la proposition exacte ?

d. Presque tous les cancers de l'anus sont HPV induits.

Quelle est la proposition inexacte ?

b. Les condylomes acuminés sont des précurseurs du cancer de l'anus.

Article : Un eczéma problématique...

Quelle est la bonne proposition ?

c. L'allergie aux protéines du lait de vache disparaît presque constamment vers l'âge d'1 an.

Quelle est la mauvaise affirmation ?

d. La corticophobie ne peut être le fait que des parents.

Article : Trans-identité : aspects sociologiques, psychologiques, médicaux, chirurgicaux.

Trouvez la bonne proposition !

c. La transphobie, illégale, peut être volontaire ou involontaire.

Trouvez la mauvaise proposition !

c. Lors d'un parcours de transition, seuls les actes médicaux sont remboursés par la Sécurité sociale ; les interventions chirurgicales restent à la charge du patient.

Article : Le continuum psoriasique : du cutané à l'articulaire.

Quelle est la bonne proposition ?

a. Il existe une continuité anatomique entre l'ongle et les enthèses digitales.

II. Quelle est la proposition inexacte ?

d. L'impact de la localisation unguéale sur la qualité de vie est faible

Article : Rapport de l'ASLMS 2022 : le laser 1726nm dans l'acné, un traitement prometteur

Les cibles de ce laser dont la longueur d'onde est 1726 nm sont le sébum et l'eau

a. Vrai

La technique de micro-coring a pour but de remettre en tension la peau, dans le cadre du photorajeunissement.

a. Vrai

Article : Rapport de l'ASLMS 2022 : le laser 1726nm dans l'acné, un traitement prometteur

La glomangiomatose familiale est une malformation vasculaire de transmission autosomique dominante qui se caractérise par l'apparition de tumeurs glomiques multiples dont les lésions multifocales sont de couleur.

a. Bleu-Pourpres

Dans le cadre de l'étude descriptive menée au Centre de Laser Palaiseau, incluant 20 patients ayant eu deux séances de laser Frax 1 550 nm, à 1 mois d'intervalle, les scores de satisfaction du patient sont :

b.40% sont très satisfaits

NAOS est l'une des premières entreprises indépendantes de Skincare au monde.
NAOS a créé 3 marques inspirées de l'écobiologie.