

COUP D'ŒIL DU CONGRES JDP 2022

Sommaire

« LE CHIFFRE DU CONGRES » : 10%.....	5
46 millions DE TONNES.....	5
100 milliards !	5
FOCUS DERMATO - ARTICLE 1	
Mycoses peau et ongles	
<i>Marie-Hélène JEGOU (Blanquefort), Nassir MESSAADI (Lille)</i>	6
Quiz de formation	8
FOCUS DERMATO - ARTICLE 2	
Pathologies cutanées courantes sur peau noire	
<i>Antoine PETIT (Paris).....</i>	9
Quiz de formation	10
FOCUS DERMATO - ARTICLE 3	
Plaies de membres inférieurs (3 questions à se poser quand ça ne cicatrise pas)	
<i>Patricia SENET (Paris), Marc BAYEN (Guesnain).....</i>	11
Quiz de formation	13
FOCUS DERMATO - ARTICLE 4	
Dermatopédiatrie au cabinet (dermatite atopique, éruptions virales, teignes, pathomimie...)	
<i>Olivia BOCCARA (Paris), Thibault PUSZKAREK, (Locronan)</i>	14
Quiz de formation	15
FOCUS DERMATO - ARTICLE 5	
Reconnaitre les mélanomes et carcinomes cutanés	
<i>Gaëlle QUEREUX (Nantes), Gabrielle LISEMBARD (Gravelines).....</i>	16
Quiz de formation	18
FOCUS DERMATO - ARTICLE 6	
Peau et sport, sous forme de photos	
<i>Marie-Hélène JEGOU (Blanquefort), Thibault PUSZKAREK (Locronan).....</i>	19
Quiz de formation	20
FOCUS DERMATO - ARTICLE 7	
Tester ou ne pas tester !	
<i>Brigitte MILPIED (Bordeaux), Martine AVENEL-AUDRAN (Angers), Haudrey ASSIER (Créteil).....</i>	21
Quiz de formation	22
FOCUS DERMATO - ARTICLE 8	
Psoriasis pustuleux généralisé (PPG) : avancée des connaissances et implications pratiques	
<i>Denis JULLIEN (Lyon), Manuelle VIGUIER (Reims)</i>	23
Quiz de formation	24

FOCUS DERMATO - ARTICLE 9

Les alternatives thérapeutiques dans l'acné

<i>Brigitte DRENO (Nantes), Fabienne BALLANGER-DESOLNEUX (Talence)</i>	24
Quiz de formation	26

FOCUS DERMATO - ARTICLE 10

Eruption atypique de l'enfant : quel est votre diagnostic ?

<i>Nathalia BELLON (Paris), Julie BONIGEN (Paris)</i>	27
Quiz de formation	28

FOCUS DERMATO - ARTICLE 11

Les troubles psychiatriques s'expriment sur la scène cutanée : que peut faire le dermatologue en pratique ?

<i>Laurent MISERY (Brest), Myriam CHASTAING LE GUILCHARD (Brest), Martine S CHOLLHAMMER (Brest)</i>	29
Quiz de formation	32

FOCUS DERMATO - ARTICLE 12

Une image, la bonne question, le bon diagnostic

<i>Marie-Sylvie DOUTRE (Bordeaux), Emmanuelle AMSLER (Paris)</i>	33
Quiz de formation	34

FOCUS DERMATO - ARTICLE 13

Mythes et réalités sur les tatouages

<i>Nicolas KLUGER (Paris)</i>	35
Quiz de formation	36

FOCUS DERMATO - ARTICLE 14

Symposium satellite Léo Pharma – dermatite atopique et eczéma chronique des mains : quand le visible rend invisible

<i>Anne-Claire BURSZTEJN (Vandœuvre-lès-Nancy), Marie JACHIET-BEDARIDA (Paris), Angèle SORIA (Paris)</i>	37
Quiz de formation	38

FOCUS DERMATO - ARTICLE 15

Fashion week aux JDP : quand vêtements et accessoires vestimentaires donnent de l'allergie !

<i>Évelyne COLLET (Dijon), Nadia RAISON PEYRON (Dijon), Florence TETART (Rouen)</i>	39
Quiz de formation	40

FOCUS DERMATO - ARTICLE 16

Ces plantes qui veulent notre peau !

<i>Martine AVENEL-AUDRAN (Angers), Jean-Louis PEYRON (Narbonne)</i>	41
Quiz de formation	43

FOCUS DERMATO - ARTICLE 17

Dermatite atopique et prurigo nodulaire : actualités et enjeux

<i>Laurent MISERY (Brest), Julien SENESCHAL (Bordeaux), Anne-Claire FOUGEROUSSE (Saint-Mandé)</i>	44
Quiz de formation	47

FOCUS DERMATO - ARTICLE 18

Microbiome, microbiote, bactériophages... quand les micro-organismes deviennent nos alliés. Pourquoi et comment le dermatologue est-il concerné, pour ses patients, en 2022 ?

<i>Geneviève HERY-ARNAUD, Bruno SASSOLAS, Rozenn LE BERRE (Brest)</i>	48
Quiz de formation	51

FOCUS DERMATO - ARTICLE 19

Dermatoses : et si le coupable était le travail !

<i>Pierre MARCANT, (Lille), Marie-Noëlle CREPY, (Paris)</i>	52
Quiz de formation	55

FOCUS DERMATO - ARTICLE 20

Symposium Bioderma.

Allergies de contact chez les enfants atopiques

Olivier AERTS (Anvers) 56

Quiz de formation 57

FOCUS DERMATO - ARTICLE 21

Symposium Bioderma.

Un impact insoupçonné de l'eczéma révèlé par les dessins d'enfants

Magali BOURREL-BOUTTAZ (Lyon)..... 58

Quiz de formation 59

FOCUS DERMATO - ARTICLE 22

Symposium Bioderma.

Vivre avec l'eczéma atopique, les conseils de l'association française de l'eczéma

Stéphanie MERHAND, Fondatrice de l'Association Française de l'Eczéma 60

Quiz de formation 62

QUAND LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 1

Annoncer une « mauvaise » nouvelle en onco-dermatologie

Mélanie SAINT-JEAN (Nantes), Lucie PEUVREL (Nantes), M. AUGER 63

Quiz de formation 64

QUAND LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 2

Le burn-out chez les dermatologues : mythes ou réalité ?

Tristan HALLOUIN (Brest), Charles TAÏEB (Paris) 65

Quiz de formation 66

QUAND LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 3

Accès aux consultations en dermatologie dans un contexte de pénurie médicale :
limites et solutions

Christian DERANCOURT (Gap), Nicole JOUAN (Brest), Thomas JOUARY (Pau) 67

Quiz de formation 68

QUAND LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 4

Gouvernement des émotions

Pierre LE COZ (Aix Marseille Université)..... 69

QUAND LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 5

Economie et choix sociétaux/moraux

Augustin LANDIER..... 70

QUAND LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 6

Organiser sa transition écologique au cabinet de dermatologie

Anne Céline DAVAINÉ (Morlaix), Claire LAUMAILLE (Le Havre), Christian DERANCOURT

(Gap)..... 71

Quiz de formation 72

QUAND LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 7

Motiver les patients et les soignants pour améliorer la prise en charge des maladies chroniques

Jean-Marc CHAVIGNY (Nantes), Magali BOURREL BOUTTAZ (Chambéry), Béatrice DE REVIERS

(Paris), Domitille JORAND-BAUER (Nantes)..... 73

Quiz de formation 75

QUAND LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 8

Actualités des infections sexuellement transmissibles

Émilie CHAZELLE (Saint Maurice), Antoine BERTOLOTTI, (Saint Pierre de la Réunion), Jonathan

KRYGIER (Bruxelles), Johan CHANAL (Paris), Sébastien FOUERE (Paris)..... 76

Quiz de formation 78

QUAND LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 9

Le numérique au service de l'éducation thérapeutique du patient

Isabelle DREYFUS (Toulouse), Stéphanie MALLET (Marseille)..... 79

Quiz de formation 81



« Le chiffre du congrès »

10%

Un processus cancéreux est trouvé dans 10 % des ulcères de jambe résistant à un traitement bien conduit de 3 mois.

46 millions DE TONNES

Cela représente la quantité de CO² émise par an en France, rien que dans le domaine de la santé. Cela correspond à 8 % des émissions totales. Il est donc important de trouver des solutions afin de limiter notre pollution.

100 milliards !

C'est le nombre de bactéries présentes à la surface de la peau.

Mycoses peau et ongles

Marie-Hélène JEGOU (Blanquefort), Nassir MESSAADI (Lille)

Article rédigé par le Dr Yves ROUBEIX – Dermatologue

Les mycoses de la peau et des ongles sont fréquentes, comment les reconnaître, quels sont les bons réflexes à avoir ?

Pour rappel :

Les mycoses se divisent en 3 catégories : dermatophytes, levures et moisissures. Parmi les levures, on distingue Candida et Malassezia.

Dermatophyties de la peau glabre

Les dermatophytes n'atteignent pas les muqueuses.

4 classes de dermatophytes : Trichophyton Epidermophyton, Microsporum, Nannizzia.

Sur un plan plus pratique, on peut distinguer les dermatophytes selon leur origine :

- Anthrophiles,
- Zoophiles,
- Géophiles.

Un prélèvement mycologique, avec examen direct (ED) et cultures, est nécessaire avant tout traitement antimycosique, à l'exception de l'intertrigo inter orteils. Le traitement peut être prescrit dans la foulée.

La finalité de ce prélèvement est multiple : en cas d'échec thérapeutique, en cas d'infection collective, médico-légale en cas d'effet secondaire systémique ; il permet également de dépister l'apparition d'une nouvelle souche résistante au traitement.

Interprétation du résultat :

Sont à considérer comme positifs les cas de figure qui suivent :

- ED positif, cultures positives ;
- ED positif, cultures négatives ;
- ED positif, développement de moisissures aux cultures.

Si l'ED est négatif et si des moisissures se développent en culture, un 2^e prélèvement est indiqué.

Traitement :

Topique +/- systémique.

terbinafine, itraconazole, azolés, ciclopiroxolamine, sont à disposition. Noter que la griséofulvine n'est plus commercialisée.

Il faut éviter de prescrire des dermocorticoïdes sur toute lésion cutanée prurigineuse : en cas de dermatophytie, ils provoquent une amélioration passagère et un rebond à l'arrêt.

La crème Pévisone, qui contient un dermocorticoïde associé à de l'éconazole ne devrait pas être prescrite pour cette indication !

En pratique :

- Lésion unique de la peau glabre : topique 2x/j pendant 1 mois ;
- Tout le reste : topique 2x/j + traitement systémique (terbinafine, itraconazole) pendant 1 mois ;
- Pas d'éviction scolaire, présenter un certificat médical de traitement en cours.

Dermatophyties des ongles

Les pieds sont plus souvent atteints que les mains.

Il n'y a pas de péri onyxis.

Début par le bord libre de l'ongle, hyperkératose d'où décollement, onycholyse éventuelle, progression vers la matrice.

Traitement :

- Enlever le maximum de partie malade : podologie, crème à l'urée ;
- Désinfecter les chaussures, lutter contre l'humidité et les traumatismes ;
- Si atteinte seulement distale : traitement topique (amorolfine, ciclopiroxolamine) ;
- Si atteinte proximale : topique + terbinafine per os.

Infections à Malassezia

Cette levure commensale lipophile se trouve dans les zones riches en glandes sébacées et intervient dans la genèse du pityriasis versicolor et aussi des pellicules et de la dermatite séborrhéique.

Prévenir les patients que la repigmentation des lésions achromiques devra attendre les prochaines expositions solaires.

Le traitement du pityriasis versicolor repose sur le kétoconazole monodose ; en cas d'échec ou de récurrences trop fréquentes, fluconazole pendant 1 mois : soit 50 mg/j, soit 150 mg/semaine. Il faut souligner l'inefficacité de la terbinafine.

Infections à Candida

Cette levure peut atteindre les plis (intertrigos), les ongles ou la peau glabre.

Il existe de nombreux **facteurs favorisant les candidoses** :

- Humidité, macération ;
- Surpoids ;
- Irritation chronique ;
- Altération de la barrière cutanée ;
- Acidité ;
- Âges extrêmes ;
- Antibiothérapie à large spectre, corticothérapie, immunothérapie par anti-IL17 ;
- Immunosuppression ;
- Diabète ;
- Dénutrition.

L'atteinte unguéale est plus fréquente à la main qu'au pied, de type proximal, et s'accompagne d'un péri onyxis.

Il faut corriger les éventuels facteurs favorisants, rechercher une immunodépression en cas d'atteinte de plusieurs ongles.

Recommander de ne pas ôter les cuticules, véritables joints contre l'infection.

En cas d'application préalable d'un vernis antimycosique, aucun prélèvement n'est possible avant 3 mois.

L'intertrigo candidosique peut être évoqué devant l'existence de pustulettes périphériques.

Traitement :

- En cas d'atteinte cutanée, un topique, imidazolé ou ciclopirox, pendant 3 semaines ;
- En cas de localisation unguéale, avulsion mécanique ou chimique de l'ongle, fluconazole 150 mg/semaine pendant... Jusqu'à 1 an.
- La terbinafine per os est inefficace.

Messages clés :

- Prélèvement mycologique avant tout traitement de dermatophytie (sauf intertrigo inter orteils).
- Un examen direct positif confirme le diagnostic de dermatophytie.
- Les dermocorticoïdes sont contre-indiqués pour le traitement des mycoses.



QUIZ DE FORMATION

Quelle est l'affirmation exacte :

- 1) La terbinafine per os est inefficace dans le pityriasis versicolor.
- 2) La crème Pévisone, association d'éconazole et d'un dermocorticoïde, est utile pour traiter une mycose très inflammatoire.
- 3) En cas d'onyxis dermatophytique, la désinfection des chaussures est inutile.
- 4) La repigmentation des lésions achromiques du pityriasis versicolor prend environ un mois.
- 5) L'onyxis dermatophytique commence par l'extrémité proximale de l'ongle.

Quelle est l'affirmation exacte :

- 1) En cas de dermatophytie, il faut attendre le résultat de l'examen mycologique avant d'entreprendre le traitement.
- 2) L'onyxis candidosique s'accompagne d'un péri onyxis.
- 3) Chez l'enfant, une dermatophytie étendue impose l'éviction scolaire.
- 4) Les soins de manucurie, consistant à repousser ou enlever les cuticules, sont utiles pour prévenir l'infection mycosique des ongles.
- 5) Les dermatophytes peuvent infecter la peau, les ongles ou les muqueuses.

Retrouvez les réponses pages 82 et 87.

Pathologies cutanées courantes sur peau noire.

Antoine PETIT (Paris).

Article rédigé par le Dr Yves ROUBEIX – Dermatologue.

Le médecin généraliste se trouve souvent confronté à des dermatoses survenant sur peau noire : leur reconnaissance n'est pas si difficile, l'érythème étant remplacé par une pigmentation.

La notion de race est un mythe.

Toutes les peaux, quel que soit leur degré de pigmentation, ont le même nombre de mélanocytes.

La différence réside au niveau des mélanosomes, plus gros, plus nombreux et situés plus haut dans l'épiderme quand il s'agit d'une peau noire.

L'acné

En cas d'acné rendue particulière par son caractère monomorphe, il faut chercher l'existence d'un facteur favorisant : corticoïdes, hyperandrogénie, cosmétiques gras.

Le caractère sévère d'une acné est plus difficile à apprécier sur peau noire, l'érythème étant absent.

Les lésions cutanées sont le siège d'une pigmentation per- puis post-inflammatoire.

Pseudo-folliculite de la barbe ou poils incarnés

Chez l'homme.

Il est préconisé d'arrêter le rasage.

Il est conseillé d'utiliser une tondeuse à sabot voire réaliser une épilation par laser.

Folliculite d'épilation

Chez la femme.

Souvent au niveau du menton, sous la forme de taches pigmentées.

Dermite atopique

En l'absence d'érythème, sa sévérité est sous-estimée par les différents scores.

Une forme particulière peut être retrouvée sous la forme d'eczématides (« dartres ») hypochromiantes.

Les dermocorticoïdes diminuent la pigmentation cutanée.

Un aspect trompeur est parfois constaté : psoriasiforme, lichénoïde ou de kératose pileaire.

Psoriasis

Les lésions sont tantôt hyper-, tantôt hypochromiques.

Lichen plan

Entraîne une desquamation argentée qui peut être difficile à distinguer d'un psoriasis.

Une biopsie sera pratiquée en cas de doute.

Les hyperpigmentations séquellaires sont fréquentes, importantes, prolongées.

Plaque hypochromique

Pouvant être symptomatique d'un pityriasis versicolor, d'eczématides ou d'un vitiligo.

Il faut penser à rechercher une anesthésie à la piqûre, évocatrice d'une lèpre.

Hypomélanose maculeuse confluyente

Affection bénigne, fréquente, atteignant le sujet jeune, sous la forme de petites macules hypochromes, arrondies, monomorphes, symétriques, sur le tronc et les racines des membres.

Le traitement s'appuie sur la doxycycline per os, le peroxyde de benzoyle et les UV.

Mélanonychies

Des mélanonychies de la plupart ou de tous les ongles sont physiologiques, constatées dans 100 % des cas après l'âge de 50 ans.

Chéloïdes

Plus fréquentes et plus graves.

Les chéloïdes ne sont pas des cicatrices mais des lésions fibroprolifératives pseudo-tumorales du derme.

La maladie chéloïdienne est chronique.

Messages clés :

- La plupart des lésions cutanées peuvent apparaître sur peau foncée comme étant des « troubles de la pigmentation », surtout hyper-, parfois hyperpigmentation.
 - Devant une acné monomorphe, rechercher un facteur favorisant.
 - En présence d'une plaque achromique, penser à la lèpre.
-

QUIZ DE FORMATION

Quelle est, concernant les peaux noires, l'affirmation exacte ?

- A. Les mélanonychies sont le signe d'un probable mélanome.
- B. Les chéloïdes sont des cicatrices vicieuses.
- C. L'hypomélanose maculeuse confluyente se traite par la doxycycline.
- D. Devant une pseudo-folliculite de la barbe, il faut conseiller le rasoir électrique.
- E. Les dermocorticoïdes augmentent la pigmentation cutanée.

Quelle est, concernant les peaux noires, l'affirmation exacte ?

- A. La sévérité de la dermite atopique peut être sous-estimée.
- B. Devant une plaque hypochromique, une biopsie est nécessaire dans un premier temps.
- C. Les mélanonychies sont inconstantes après 50 ans.
- D. L'hypomélanose maculeuse confluyente atteint le visage des sujets jeunes.
- E. Les hypopigmentations séquellaires sont fréquentes, sévères et prolongées après un lichen plan.

Retrouvez les réponses pages 82 et 87.

Plaies de membres inférieurs (3 questions à se poser quand ça ne cicatrise pas).

Patricia SENET (Paris), Marc BAYEN (Guesnain).

Article rédigé par le Dr Yves ROUBEIX – Dermatologue.

Trop souvent les plaies des membres inférieurs peinent à cicatriser malgré les efforts partagés du médecin et de son patient.

Rappel pratique de ce qu'il faut faire... Et ne pas faire !

Quand suspecter l'infection bactérienne d'une plaie chronique ?

- Apparition d'un placard inflammatoire péri-lésionnel, fébrile.
- Présence d'un abcès ou d'une suppuration franche au niveau de la plaie.
- Devant l'association de plusieurs des signes suivants :
 - Douleur inhabituelle au niveau de la plaie ou en périphérie.
 - Arrêt du processus de cicatrisation.
 - Friabilité du tissu de granulation.
 - Aggravation de l'état de la plaie : augmentation de la taille ou de l'exsudat, caractère purulent ou nécrotique.
 - Signes généraux d'infection.

La présence d'un ou de plusieurs de ces signes ne signe pas l'existence d'une infection, l'aggravation pouvant être la conséquence d'autres causes (absence de décharge, œdème, cancérisation etc.)

Aucun examen complémentaire ne doit retarder la mise en route du traitement.

Aucun examen bactériologique n'est habituellement nécessaire car toute plaie est colonisée.

En cas de bulle ou d'abcès, faire une ponction à l'aiguille et envoyer au laboratoire.

L'hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles est inconstante et l'élévation de la CRP non spécifique car présente en dehors de toute infection.

Ni les antiseptiques, ni les antibiotiques locaux ne sont utiles dans la prise en charge de l'ulcère de jambe, qu'il soit infecté ou non. En revanche, ils peuvent induire une sensibilisation avec eczématisation de la peau péri-ulcéreuse.

Les pansements à l'argent n'ont pas fait la preuve de leur utilité, que ce soit pour contrôler l'infection ou promouvoir la cicatrisation.

Le traitement d'une plaie infectée dure 7 jours et repose sur la pristinaïne (Pyostacine®) 3 g/j ou l'amoxicilline per os 50 mg/kg.

Il faut éviter l'Augmentin® dont le spectre est trop large.

Quand suspecter une atteinte osseuse dans une plaie chronique ?

- Récidive d'infection de la plaie, surtout si située en regard d'un relief osseux.
- Évolution défavorable ou traînante malgré une prise en charge optimale, en l'absence d'ischémie.

Plus la plaie est étendue et profonde, avec mise à nu des tissus, voire de l'os, sous-jacent, plus le risque d'ostéite est élevé.

Le contact osseux, obtenu par l'introduction dans la plaie d'une sonde stérile à pointe mousse, est de grande valeur mais son absence n'élimine pas le diagnostic.

En cas de suspicion d'une atteinte osseuse, aucun examen complémentaire n'est recommandé, en dehors des radiographies standards.

Un avis spécialisé en urgence est alors nécessaire.

L'œdème empêche toute cicatrisation !

Un écho Doppler veineux doit être systématiquement pratiqué devant tout ulcère de jambe.

L'écho doppler artériel n'est pas indiqué si les pouls distaux sont perçus.

Une compression est indiquée mais il ne faut plus utiliser les bandes élastiques fortes, du type Biflex.

Il faut conseiller :

- Les bandes à allongement court (Somos, Rosidal K), toujours indiquées, même en cas d'ischémie.
- La compression multitype multicouche (type Urgo K2, Coban 2), à garder 24h/24 et changer une à deux fois par semaine, contre-indiquée en cas d'ischémie.
- Les chaussettes de contention de classe II en sachant, si nécessaire, additionner une contention de classe I à une contention de classe II.

Une compression insuffisante ne réduit ni l'œdème, ni le suintement.

Causes non vasculaires d'ulcères de jambe

- Calcinose cutanée.
- Cancers ulcérés, qui représentent 10% des ulcères de jambe résistant à un traitement bien conduit de 3 mois.
- Médicaments : sunitinib.

Angiodermite nécrotique

En cause dans 10 % des ulcères de jambe.

Sur un terrain d'hypertension artérielle (HTA) ou de diabète.

Plaie superficielle, très douloureuse, à composante nécrotique, bénéficiant d'un traitement par greffe.

Mal perforant plantaire

Pour obtenir sa cicatrisation, il est nécessaire de :

- Utiliser une chaussure de décharge adaptée, par exemple chaussure thérapeutique CHUT avec la semelle MODUS fournie, que l'on aura évidée en regard de la plaie.

En dernier recours, une botte courte d'immobilisation gonflable AIRCAST.

- Déterger l'hyperkératose environnante,
- Traiter l'infection en cas de contact osseux.

Vaccin antitétanique : à ne jamais négliger

Absence de cicatrisation = 3 questions à se poser

1. Infection ou ischémie associée ?
2. Traitement étiologique correct ? (Compression pour les ulcères, décharge pour les maux perforants).
3. S'agit-il bien d'une plaie ? Cancer...

Messages clés :

- Une compression adaptée est indiquée pour tous les ulcères de jambe : œdème = pas de cicatrisation.
- L'écho doppler veineux est systématique pour tout ulcère de jambe.
- Jamais d'antiseptiques ni d'antibiotiques locaux.
- Chaussure de décharge en cas de mal perforant plantaire.



QUIZ DE FORMATION

Où se trouve l'affirmation exacte ?

- A. Un écho Doppler artériel s'impose devant tout ulcère de jambe.
- B. En cas de suspicion d'infection, faire un examen bactériologique avant tout traitement.
- C. L'évolution carcinomateuse d'un ulcère de jambe est rarissime.
- D. La constatation d'un contact osseux n'est pas le signe obligé d'une ostéite.
- E. En cas d'ischémie associée, une compression adaptée est indiquée.

Où se trouve l'affirmation exacte ?

- A. L'angiodermite nécrotique réalise une plaie superficielle et indolente.
- B. Les antibiotiques locaux sont indiqués en cas d'infection de la plaie.
- C. Une CRP augmentée est un bon signe de l'infection d'une plaie.
- D. La vaccination antitétanique ne doit être proposée qu'aux patients vivant en milieu rural.
- E. Il est possible de superposer plusieurs chaussettes de contention.

Retrouvez les réponses pages 82 et 87.



FOCUS EN DERMATOLOGIE – ARTICLE 4

Dermatopédiatrie au cabinet (dermatite atopique, éruptions virales, teignes, pathomimie...)

Olivia BOCCARA (Paris), Thibault PUSZKAREK, (Locronan).

Article rédigé par le Dr Yves ROUBEIX – Dermatologue.

En raison de la pénurie actuelle en dermatologues, le médecin généraliste a un rôle accru pour la prise en charge des dermatoses les plus courantes de l'enfant.

*** Le pityriasis rosé de Gibert**

Il se manifeste par de multiples plaques, arrondies ou ovalaires, érythémateuses, finement squameuses, annulaires, prédominant sur le tronc puis s'étendant sur les membres.

C'est une éruption inflammatoire, secondaire à une infection virale, prurigineuse, qui peut être traitée par des émoullients et des dermocorticoïdes. Les antihistaminiques sont inutiles.

Il faut prévenir que les lésions attendront 1 à 2 mois avant de disparaître.

*** L'impétigo**

Le caractère bulleux de cette infection bactérienne est plus volontiers trouvé chez le petit enfant. Le plus souvent, on constate une lésion d'aspect squameux, secondaire à l'affaissement d'une bulle.

À distinguer du syndrome de Kaposi-Juliusberg, qui est la surinfection d'un eczéma par le virus de l'herpès HSV et se présente sous la forme de vésicules ombiliquées sur un fond d'eczéma.

Les infections virales ont une prédilection pour la peau eczémateuse.

Le traitement de l'impétigo repose sur des mesures d'hygiène et les antibiotiques antistaphylococciques per os.

*** L'eczéma atopique**

Se traite par des dermocorticoïdes d'activité forte en prévenant qu'ils n'empêchent pas les récives et qu'un traitement d'entretien sera nécessaire. Les antihistaminiques ne sont pas utiles.

Il ne faut pas espacer douches et bains ni interdire la piscine mais appliquer des émoullients après.

La colonisation bactérienne est un facteur d'inflammation : intérêt de l'hygiène quotidienne avec des produits lavants doux en évitant l'eau trop chaude.

En cas de doute sur l'existence d'une allergie alimentaire, il est préférable de ne pas faire de tests d'éviction et d'adresser l'enfant à un allergologue.

Sur peau pigmentée, l'eczéma peut être responsable d'une dépigmentation post-inflammatoire qui se corrigera progressivement une fois la pathologie maîtrisée.

*** L'eczéma de contact**

Peut se présenter sous la forme d'un placard érythémateux, vésiculeux, suintant et croûteux, sans atteinte de l'état général.

Une histoire d'aggravation malgré de multiples traitements locaux est évocatrice d'une dermatite de contact.

Nettoyer à l'eau et au savon, arrêter s'il y a lieu les applications de Biseptine qui est irritante et allergisante, utiliser un dermocorticoïde fort type bêtaméthasone qui amène une très rapide amélioration.

* Dermatophytie

Le caractère annulaire de la lésion est évocateur.

Les dermocorticoïdes ne font qu'amplifier les signes après une amélioration rapide et trompeuse.

L'examen mycologique confirme le diagnostic.

L'origine en est souvent un animal (chaton).

Le traitement est local : ciclopiroxolamine 2x/j.

* Purpura traumatique

La lésion de purpura ne s'efface pas à la vitropression.

L'origine traumatique oriente vers une possible pathomimie, plutôt que vers une hémopathie ou une vascularite.

* Teigne

Au début, c'est un érythème prurigineux du cuir chevelu d'aggravation progressive, résistant aux applications d'éconazole.

Il faut faire un examen mycologique et traiter par terbinafine per os et ciclopiroxolamine locale pendant un mois.

Un contrôle clinique et mycologique est nécessaire après un mois.

Si l'enfant pèse moins de 10 kg, la terbinafine étant alors interdite et la griséofulvine ayant disparu du marché, il faut adresser l'enfant à l'hôpital.

Il n'y a plus d'éviction scolaire à la condition de pouvoir présenter un certificat médical attestant que l'enfant est sous traitement.

Messages clés :

- L'eczéma, atopique ou de contact, se traite par des dermocorticoïdes forts.
- Le pityriasis rosé de Gibert ne disparaît pas avant plusieurs semaines.



QUIZ DE FORMATION

Trouvez la bonne affirmation !

- A. En cas de teigne, la durée de l'éviction scolaire est de 40 jours.
- B. Le purpura ne s'efface pas à la vitropression.
- C. L'impétigo se présente constamment sous une forme bulleuse.
- D. La griséofulvine per os est le meilleur traitement de la teigne de l'enfant.
- E. La Biseptine est utile pour désinfecter un eczéma.

Trouvez la bonne affirmation !

- A. L'origine d'une dermatophytie est souvent animale.
- B. En cas de teigne évidente, on peut se passer de l'examen mycologique.
- C. Les antihistaminiques aident à calmer le prurit dans l'eczéma atopique.
- D. Chez l'enfant atteint d'eczéma atopique, il faut éviter l'eau chlorée des piscines.
- E. Le traitement d'une dermatophytie repose sur les dermocorticoïdes forts.

Retrouvez les réponses pages 82 et 87.

Reconnaitre les mélanomes et carcinomes cutanés.

Gaëlle QUEREUX (Nantes), Gabrielle LISEMBARD (Gravelines).

Article rédigé par le Dr Yves ROUBEIX – Dermatologue.

*Le pronostic des cancers cutanés est intimement lié à un diagnostic et un traitement précoce.
Le médecin généraliste a un rôle clé pour leur dépistage.*

Les carcinomes baso-cellulaires (CBC)

Toute lésion, ulcérée ou nodulaire, ne guérissant pas depuis plusieurs mois, est une tumeur, jusqu'à preuve du contraire.

Ce type de carcinome, le plus fréquent, se manifeste entre 50 et 70 ans mais de plus en plus tôt.

Il atteint les zones photo exposées, le visage dans 85 % des cas, et survient plus volontiers chez les personnes de phototype clair.

Il en existe **3 formes cliniques** :

- **CBC nodulaire** : papule ou nodule ferme, translucide, avec télangiectasies et dépression centrale. Parmi les CBC nodulaires, on distingue les CBC plans, à bordure perlée : plaque atrophique à bordure perlée.
- **CBC superficiel** : plaque à bordure perlée, sur le tronc ou les membres, d'évolution lente, souvent en plusieurs exemplaires.
- **CBC sclérodermiforme** : petite plaque blanc jaunâtre, dure, de contours difficiles à apprécier, exposant aux récurrences.

Certains CBC sont plus ou moins pigmentés.

L'évolution se fait vers l'extension locale : tissus de voisinage, plans de fusion embryonnaire, gaines nerveuses.

Il y a un risque non négligeable de récurrence et d'apparition d'un nouveau carcinome (50 % des cas à 5 ans).

Le **traitement** est l'exérèse chirurgicale avec marge allant de 3 à 4 mm pour les formes de bon pronostic, jusqu'à 5 à 10 mm dans les autres cas.

Une exérèse en 2 temps peut être justifiée pour les formes aux contours mal limités.

Le carcinome épidermoïde (CE)

Moins fréquent, parfois agressif avec risque de métastases ganglionnaires, il atteint les sujets âgés d'au moins 60 ans et exposés au soleil de façon chronique.

Il se présente sous la forme d'une tumeur irrégulière, croûteuse, à bords inflammatoires, à base indurée, devenant ulcéro-végétante, indolore, grandissant peu à peu, sur les zones découvertes (visage, cuir chevelu glabre, cou, dos des mains, jambes).

Certaines lésions cutanées sont susceptibles de se **transformer en carcinome épidermoïde** :

- **Kératoses actiniques** : ce sont des taches rouges, kératosiques, rugueuses au toucher, souvent multiples, ne guérissant pas.
- **Lésions inflammatoires chroniques** : radiodermite, ulcère de jambe, brûlure.

Différencier carcinome épidermoïde et kératose actinique :

- **Kératose actinique** : non infiltrée, croûte peu adhérente.
- **Carcinome épidermoïde** : infiltré, croûte adhérente, saignant facilement, fond bourgeonnant.

Localisations particulières :

- **Lèvre inférieure** : surtout chez l'homme, rôle du soleil et du tabac, risque accru de métastases ganglionnaires.
- **Organes génitaux** : survenant sur lésions pré-existantes (lichen scléreux), rôle des infections virales HPV (human papilloma virus).

L'évolution se fait vers l'extension avec destruction tissulaire et métastases ganglionnaires.
Le traitement est l'exérèse chirurgicale.

Le mélanome

Ce cancer peut être de bon pronostic à la condition d'être dépisté précocement.

En effet, l'incidence de ce cancer continue de croître et son pronostic est lié à son épaisseur.

Ce dépistage, pourtant simple, est freiné par le manque de dermatologues et un manque de confiance en soi du médecin généraliste.

2 règles fondamentales du dépistage :

- **Le vilain petit canard** : lésion pigmentée d'aspect différent, tranchant sur celui des autres naevi du patient.
- **ABCDE** : asymétrie, bords irréguliers, couleur inhomogène, diamètre supérieur à 5 mm, évolutivité.

En cas de doute, **3 possibilités** :

- Exérèse ;
- Surveillance avec photos ;
- Utilisation du dermoscope pour une observation *in vivo* de la peau.

Différentes formes de mélanomes :

- **SSM** (superficial spreading melanoma) : le plus fréquent, tache pigmentée qui naît dans l'épiderme, croît horizontalement, sans risque métastatique car l'épiderme n'est pas vascularisé. Tôt ou tard se produit une extension verticale vers le derme, à travers la membrane basale, un nodule se forme et le risque métastatique est constitué.
- Le **mélanome nodulaire** se présente d'emblée sous la forme d'un nodule pigmenté, dont l'évolution verticale expose tout de suite au risque de métastases. Certaines formes achromiques sont particulièrement trompeuses.
- Le **mélanome unguéal** apparaît comme une bande pigmentée d'un ongle ou mélanonychie. Toutes les mélanonychies ne sont pas des mélanomes !

En faveur du mélanome :

- Largeur supérieure à 5 mm ;
- Évolutivité ;
- Contours irréguliers ;
- Destruction de la tablette ;
- Pigmentation du repli sus-unguéal (signe de Hutchinson).
 - Mélanome de Dubreuilh : nappe pigmentée du visage des sujets âgés, de siège épidermique et d'extension horizontale très lente avant l'atteinte du derme.

Diagnostiques différentiels :

- **Verrue séborrhéique** : excroissance recouverte d'un enduit squamo-kératosique gras, de teinte jaune brunâtre, se détachant facilement.
- **Histiocytofibrome** : nodule de consistance dure donnant l'impression d'une pastille incluse dans la peau, parfois pigmenté.
- **Carcinome baso-cellulaire pigmenté.**
- **Lentigo actinique.**
- **Les autres naevi !**

Classification histologique : repose principalement sur l'indice de Breslow, qui est l'épaisseur maximale, en mm, de la lésion. L'indice de Clark apprécie la profondeur de l'invasion.

Marqueurs de risque de mélanome :

- Nombre de naevi.
- Phototype clair, présence d'éphélides (taches de rousseur).
- Exposition solaire importante.
- Antécédents personnels et familiaux.
- Immunodépression.

Messages clés :

- Rôle essentiel du généraliste dans le dépistage des cancers cutanés.
 - Toute lésion cutanée, ulcérée ou nodulaire, ne guérissant pas, est suspecte de malignité.
 - Les règles de dépistage d'un mélanome : ABCDE et le vilain petit canard.
-



QUIZ DE FORMATION

Trouvez l'affirmation exacte !

- A. Le mélanome nodulaire est la forme clinique la plus fréquente de mélanome.
- B. Le carcinome baso-cellulaire a un risque élevé de métastases ganglionnaires.
- C. Un carcinome épidermoïde peut compliquer l'évolution d'un ulcère de jambe.
- D. Les carcinomes baso-cellulaires ne sont jamais pigmentés.
- E. Les mélanomes sont des tumeurs malignes constamment pigmentées.

Trouvez l'affirmation exacte !

- A. Il existe un facteur familial pour l'apparition des carcinomes épidermoïdes.
- B. Une mélanonychie est le signe certain de l'existence d'un mélanome.
- C. Le carcinome baso-cellulaire sclérodermiforme ne récidive presque jamais.
- D. Le pronostic vital du mélanome est sombre dans tous les cas.
- E. Un grand nombre de naevi est un facteur de risque d'apparition d'un mélanome.

Retrouvez les réponses pages 82 et 87.

Peau et sport, sous forme de photos.

Marie-Hélène JEGOU (Blanquefort), Thibault PUSZKAREK (Locronan).

Article rédigé par le Dr Yves ROUBEIX – Dermatologue.

La pratique sportive est source de nombreux problèmes cutanés, généralement anecdotiques, mais qu'il convient de savoir reconnaître pour pouvoir rassurer.

La vasculite d'effort

Encore dénommée vasculite du randonneur, ou du golfeur.

Il s'agit en réalité d'un purpura (ne s'effaçant donc pas à la vitropression) vasculaire qui survient sur les jambes, après un long exercice physique, par temps chaud et involue spontanément en quelques jours.

Aucun bilan n'est bien sûr nécessaire.

Les durillons et bulles palmaires

Ils sont d'origine mécanique, pouvant être observés lors de la pratique de certains sports (aviron).

Les traumatismes unguéaux

Ils sont responsables de dystrophies unguéales, hyperkératose, hémorragies en flammèches du lit de l'ongle, hématomes sous-unguéaux ou encore ongles incarnés.

Le Talon noir ou pseudochromhidrose plantaire

Il s'agit d'hémorragies intracornées aux points d'appui ou de frottement, souvent au talon, lors de la pratique de sports avec arrêts brutaux : tennis, basket, volley etc.

Une atteinte palmaire est possible : baseball ou jeux vidéo.

Abstention thérapeutique, shaving ou coussinet podologique.

L'othématome

À la suite de traumatismes répétés du cartilage du pavillon de l'oreille, un hématome se forme entre le cartilage et le périchondre.

En phase aiguë, penser à rechercher une plaie, une perforation tympanique, une périchondrite infectieuse.

Prévention par la protection des oreilles : casque, bandage sur tulle gras, vaseline.

Le traitement curatif consiste à évacuer l'hématome, faire une compression et mettre sous antibiotiques.

La dermatite palmaire juvénile des piscines ou dermite des margelles

Les frictions répétées de la face palmaire des mains et des dernières phalanges sur le rebord cimenté des bassins aquatiques engendrent l'apparition d'un érythème intense et vernissé.

La guérison survient à l'arrêt des frictions.

La rétronychie

Liée à l'incarnation proximale de l'ongle à la suite de traumatismes répétés.

L'ongle ne pousse plus, devient jaune avec présence d'un bourrelet proximal.

Le traitement s'appuie sur l'arrêt des traumatismes, les dermocorticoïdes et la chirurgie en dernier recours.

Les papules piézogéniques

Ce sont des hernies de graisse hypodermique à travers le derme.

Observées plus volontiers chez la femme, sur le bord des talons ou des pieds en cas de course à pied ou de toute activité responsable de chocs répétés.

Éliminer un éventuel syndrome d'Ehlers-Danlos.

Il n'y a pas de traitement codifié.

La panniculite des cavalières ou panniculite a frigore

Atteint la face latérale des cuisses par temps froid et humide, particulièrement chez les cavalières portant des pantalons serrés.

Le tabagisme et un IMC élevé sont des facteurs favorisants.

Tinea corporis gladiatorium

Un Trichophyton, tonsurans ou verrucosum, est responsable de cette infection cutanée mycosique observée sur les avant-bras des lutteurs, joueurs de rugby ou judokas.

L'examen mycologique confirme le diagnostic.

Il faut faire arrêter le sport pendant 1 à 2 semaines, prescrire de la terbinafine per os (250 mg/j) ou une crème azolée pendant un mois.

Messages clés :

- Les traumatismes occasionnés par la pratique sportive peuvent engendrer des hémorragies sous la forme de purpura ou d'hématomes, des dystrophies unguéales ou encore des bulles ou durillons.



QUIZ DE FORMATION

Quelle est l'affirmation exacte ?

- A. La panniculite a frigore atteint principalement les cavaliers.
- B. Tinea corporis gladiatorium est une infection cutanée bactérienne.
- C. Les papules piézogéniques affectent les mains.
- D. La rétronychie est l'incarnation proximale d'un ongle
- E. Le purpura de la vasculite d'effort s'efface à la vitropression.

Quelle est l'affirmation exacte ?

- A. L'othématome nécessite d'être évacué
- B. La pseudo-chromhidrose plantaire n'affecte que les pieds.
- C. La vasculite d'effort régresse sous l'effet des dermocorticoïdes.
- D. La panniculite des cavalières s'observe par temps chaud et humide.
- E. La dermite des margelles impose l'arrêt de la fréquentation de la piscine.

Retrouvez les réponses pages 82 à 87.

Tester ou ne pas tester.

Brigitte MILPIED (Bordeaux), Martine AVENEL-AUDRAN (Angers), Haudrey ASSIER (Créteil)

Article rédigé par le Dr Laure Bellange - Allergologue

Quel est l'intérêt ou non de réaliser des tests allergologiques. Quelles sont les bonnes pratiques pour réaliser ces tests ?

L'érythème polymorphe de contact. Brigitte Milpied (Bordeaux)

L'érythème polymorphe de contact associe un eczéma au niveau de la zone du contact, et une extension avec un aspect clinique d'érythème polymorphe. C'est une pathologie assez rare dont le mécanisme n'est pas bien connu.

Les allergènes responsables sont des allergènes puissants. Cela a d'abord été décrit avec les bois exotiques, puis avec les médicaments topiques (AINS), puis la PPD et les huiles essentielles surtout.

Certains allergènes forts peuvent aussi prendre la forme de dermite de contact lymphomatoïde. Il y a une dizaine d'années, on a pu identifier une épidémie avec les canapés traités par le DMF, qui déclenchait des lésions des fesses et du dos.

LA PPD. Martine Avenel-Audran (Angers)

La PPD se trouve dans les colorants capillaires et les colorants vestimentaires.

Anciennement dans les tatouages au henné noir, il est maintenant interdit en France.

Si on suspecte cet allergène dans l'histoire du patient, il n'est pas nécessaire de le tester car le test sera fortement positif et peut même laisser une cicatrice.

Les euphorbes peuvent être aussi responsables de pièges diagnostics, surtout chez les enfants. Ces plantes sont responsables de phytophotodermatoses. Encore une fois, l'interrogatoire est primordial.

Si on pense à une toxidermie, il faut tester à distance de l'épisode, sauf urgence.

Avant de tester, il faut regarder les éléments suivants :

- Il faut toujours bien analyser les circonstances de survenue,
- Le contexte avec un examen clinique complet,
- Et la sémiologie des lésions.

Si on a le moindre doute, il faudra faire des prélèvements mycologiques et parasitologiques, et des biopsies, répétées si besoin.

Eczéma allergique vestimentaire ? Chéilite ? Haudrey Assier (Créteil)

Le premier cas clinique est celui d'une patiente de 35 ans avec de l'eczéma des seins, confirmé par la biopsie, adressée pour tests car se pose la question d'un eczéma allergique vestimentaire. L'absence de port de soutien-gorge n'a rien changé, pas de prothèse mammaire, pas d'application cosmétique, pas d'autre facteur déclenchant ou améliorant. Finalement, il s'agit d'un mycosis fongoïde.

À la biopsie, il faut vraiment penser à rechercher des clones lymphocytaires.

Autre patiente, adolescente, ayant eu un traitement local pour un herpès, devant une chéilite et atteinte oropharyngée. Puis elle a eu un traitement général car la chéilite s'est aggravée.

Quelques jours après, on observe une desquamation des mains. Il s'est posé la question d'une toxidermie. Le diagnostic final est un Kawasaki.

L'interrogatoire doit être minutieux et large, souvent il oriente déjà vers une allergie ou non.

Pour rappel, voici des arguments en faveur d'une allergie devant un eczéma des mains :

- Métier en faveur,
- Avec amélioration pendant le week-end et les vacances,
- Et des limites floues des lésions.

Si les limites sont nettes, et qu'il y a des lésions ailleurs sur le corps, ou une atteinte unilatérale (sauf pour les mains où seule la main dominante peut être atteinte), qu'il n'y a pas de facteur déclenchant, qu'il y a une aggravation sous dermocorticoïdes, il faut évoquer d'autres diagnostics.

Si les patchs sont négatifs mais que l'anamnèse est en faveur de l'allergie, il ne faut pas hésiter à faire des ROAT tests, surtout pour les cosmétiques et les collyres.

Messages clés :

- Faire un interrogatoire minutieux, qui est la clé pour savoir si on doit tester ou pas.
- Dès que la présentation est atypique, penser à un diagnostic différentiel.
- Si la suspicion d'allergie est forte, ne pas hésiter à pousser les tests.



QUIZ DE FORMATION

Devant un patient avec de la dermatite atopique et des lésions des mains et des paupières :

- On continue seulement l'application d'émollients et de dermocorticoïdes.
- On recherche une allergie manuportée et on teste.
- On fait des biopsies à la recherche d'un co-diagnostic.

Si un mécanicien a des lésions des mains, s'étendant aux avant-bras :

- On travaille en collaboration avec la médecine du travail et on informe le patient d'une éventuelle reconversion.
- On conseille seulement de renforcer les mesures de protection individuelle.

Retrouvez les réponses pages 82 à 87.

Psoriasis pustuleux généralisé (PPG) : avancée des connaissances et implications pratiques

Denis JULLIEN (Lyon), Manuelle VIGUIER (Reims)

Article rédigé par le Dr Laure Bellange - Allergologue

Le psoriasis pustuleux est une sous-partie du psoriasis. Il peut être localisé ou généralisé. Où en sommes-nous des connaissances et des implications pratiques sur cette pathologie ?

PPG : présentation clinique et diagnostic différentiel. Denis JULLIEN (Lyon)

Le PPG correspond à l'apparition rapide (7 jours ou moins) d'une poussée pustuleuse généralisée, sur un fond inflammatoire, avec des signes systémiques importants. La PPG annulaire est une forme de PPG associée à des symptômes relativement légers.

Il y a un consensus ERASPEN sur le diagnostic :

- Pustules primaires stériles,
- De localisation non-acrale,
- Et macroscopiquement visibles.

Cela peut survenir de différentes façons : poussée unique, ou récurrentes, avec ou sans inflammation systémique.

Au niveau biologique, on retrouve :

- Une leucocytose à PNN,
- Une CRP élevée,
- Une hypocalcémie
- Et une hypoprotéinémie.

Les poussées de PPG entraînent un surrisque de mortalité, notamment par choc septique.

L'évolution clinique est très variable, voire imprévisible. Après traitement, sur un suivi d'un an, 76 % des patients rechutent.

Un PPG peut s'associer à un psoriasis en plaques.

Un diagnostic différentiel est le DRESS. Un autre est le PEAG. Devant un échec du traitement, ou si poussées induites par des prises médicamenteuses, il faut penser à ces diagnostics.

Épidémiologie du PPG : nouvelles données françaises. Manuelle VIGUIER (Reims)

La prévalence du PPG parmi la population atteinte de psoriasis est d'environ 8 % en France. Les pays qui s'intéressent au PPG ont logiquement des prévalences plus élevées que les pays ne s'intéressant pas à ce diagnostic.

Le système national des données de santé a permis d'enrichir les données et de mieux caractériser les patients, le diagnostic, les soins et hospitalisations, et la mortalité.

L'étude SNDS a voulu étudier la prévalence et l'incidence de PPG, sur une cohorte d'environ 4 000 patients entre 2010 et 2018. Il y a 52 cas par million d'habitants en 2018. L'âge moyen de survenue est 58 ans, avec 53 % d'hommes. L'incidence est de 455 nouveaux patients par an en France en 2018.

Une autre étude, SCRIPTOR, internationale, avait pour but de caractériser les poussées de PPG, et identifier les comorbidités et la mortalité de PPG. Il y a plus de comorbidités dans le PPG que dans le psoriasis sévère, avec notamment de l'hypertension, des cardiopathies ischémiques, du diabète, des troubles psychiatriques comme la dépression. La durée moyenne des poussées est de 30 jours, avec une durée moyenne d'hospitalisation de 10 jours. Un quart des patients hospitalisés passent en soins intensifs. Les atteintes extra-cutanées sont surtout la fièvre et de la fatigue, les atteintes articulaires, mais surtout des atteintes respiratoires aiguës. Les principaux traitements utilisés en France sont les dermocorticoïdes, et des traitements de

support (antalgiques, antihistaminiques). L'utilisation des rétinoïdes, biothérapies et immunosuppresseurs est peu utilisée. La mortalité est aussi plus importante dans le PPG que dans les psoriasis sévères.

Messages clés :

- Il faut penser au diagnostic de PPG devant un psoriasis avec atteinte systémique.
 - Il faut penser à dépister toutes les comorbidités.
 - Il ne faut pas hésiter à introduire rapidement des traitements par immunosuppresseurs et biothérapies, afin d'améliorer le pronostic.
-



QUIZ DE FORMATION

Que dire à un patient atteint de PPG ?

- A. Les poussées sont rares, il n'y a pas besoin d'un suivi.
- B. L'évolution de la maladie est imprévisible, il faut un suivi régulier, et consulter si poussée.
- C. Les poussées sont surtout cutanées, il n'y a pas d'inquiétude à avoir

Que proposer à un patient atteint de PPG ?

- A. Une prise en charge multidisciplinaire, afin de traiter le psoriasis mais aussi les comorbidités.
- B. Une prise en charge au coup par coup des poussées.
- C. Un traitement local, le psoriasis étant principalement une atteinte cutanée.

Retrouvez les réponses pages 82 à 87.

Les alternatives thérapeutiques dans l'acné

Brigitte DRENO (Nantes), Fabienne BALLANGER-DESOLNEUX (Talence)

Article rédigé par le Dr Laure Bellange - Allergologue

Aujourd'hui, la physiopathologie de l'acné est mieux connue. Faisons le point sur les nouvelles possibilités de traitement.

Brigitte Dréno (Nantes)

Le premier acteur de l'acné est la glande sébacée : avec l'augmentation de la production de sébum mais aussi la différenciation de la composition du sébum, avec plus d'acide gras saturé (dont l'acide palmitique que l'on retrouve dans l'alimentation riche en graisse), qui augmente l'inflammation. Jouer sur les acides gras de l'alimentation est donc une voie de traitement possible.

Les récepteurs de la glande sébacée peuvent aussi être une cible thérapeutique. De nombreuses molécules peuvent agir sur ces récepteurs : acide hyaluronique, leptine, sucres, acides gras libres, histamine, androgènes, stress, cannabidiol. Mais il paraît compliqué de développer cette voie, car bloquer tous les récepteurs en même temps est impossible.

La Clascotérone est un antiandrogène, approuvé en topique par la FDA. Des études en vie réelle permettront d'évaluer son efficacité. Aussi, dans cette glande, les cellules souches de la zone de jonction peuvent se différencier en sébocytes ou keratinocytes, selon le niveau d'activation de la voie Wnt. On pourrait donc jouer sur cette voie de signalisation pour améliorer l'état cutané.

Un autre acteur de l'acné est le *C. acnes*. Il y a une modification du microbiome, avec un phylotype prédominant chez les personnes souffrant d'acné. La perte de diversité de *C. acnes* active l'immunité innée, et donc la production de cytokines inflammatoires. Il faut donc essayer de rétablir cet équilibre de phylotypes. Cependant, on sait aujourd'hui, qu'il n'y a pas de prolifération de cette bactérie. Un traitement antibiotique est donc inutile.

S. epidermidis intervient aussi dans l'acné. Cette bactérie va interagir avec *C. acnes*. S'il y a déséquilibre de ces deux bactéries, cela entraîne l'activation de molécules inflammatoires. On pourrait donc imaginer un traitement permettant de maintenir l'équilibre.

Fabienne Ballanger-Desolneux (Talence)

Les dermocosmétiques conjuguent une action cosmétique, et une action dermatologique. Ils doivent préserver la santé et la beauté de la peau et des cheveux. Ils appartiennent à des produits de conseil. Ils contiennent un ingrédient actif, et font l'objet de recommandations de dermatologues.

Ces dermocosmétiques sont utiles dans la prise en charge de l'acné. Leurs cibles sont surtout le stratum cornéum, le maintien du microbiote cutané, le contrôle de l'immunité innée, et une action sur la glande sébacée.

Ils peuvent être suffisants dans les formes d'acné mineure. Ils peuvent aussi être utilisés en traitement de maintenance.

Aussi, les cosmétiques permettent de mieux supporter les traitements de l'acné. En augmentant la tolérance, on augmente l'observance et par conséquent l'efficacité du traitement. Avec l'isotrétinoïne par exemple, qui modifie le microbiome et qui altère la barrière cutanée, il convient d'utiliser une base aqueuse, avec des ingrédients actifs pour réparer la barrière cutanée.

Chez la femme adulte, l'acné survient sur une peau réactive, avec des réponses lentes au traitement, et un fort taux de récurrence. Les patientes ont tendance à la manipulation, aux excoirations, et surtout une tendance à réaliser leurs propres cosmétiques. Les dermocosmétiques vont donc jouer un rôle très important, afin de limiter la réactivité de la peau et les cicatrices.

Il ne faut pas oublier de parler aux patients de la photoprotection, car les UV aggravent l'acné, et les traitements d'acné sont photosensibilisant. On choisira donc des produits non comédogènes, fluides, faciles à démaquiller.

Concernant le maquillage, il faut déconseiller des fonds de teint trop gras et trop huileux. Il faut aussi éviter les poudres.

À propos de l'hygiène, il faut respecter le pH de la peau à 5,5. Les patients ont de plus en plus envie d'utiliser des produits bios et naturels. Mais souvent le pH n'est pas adapté (lait d'ânesse, saponifié à froid) et aggrave l'acné.

Les huiles essentielles ont une affinité très variable pour le stratum corneum. Elles peuvent être réparatrices de la barrière cutanée, mais elles peuvent être surtout pro inflammatoires. Elles peuvent donc aggraver l'acné. Mais elles sont largement plébiscitées.

Messages clés :

- L'acné est une pathologie très fréquente, mais aussi très variée dans sa présentation.
- Aujourd'hui, on a un large panel de traitements, et de nombreuses recherches sont en cours.
- Il faut rappeler au patient que le traitement est long et que les effets ne sont pas visibles immédiatement, qu'il faut de la patience.
- Penser à associer les produits cosmétiques aux produits traitants afin d'augmenter la tolérance et l'efficacité.
- Informer les patients du risque des produits naturels et des huiles essentielles.



QUIZ DE FORMATION

Chez un adolescent qui consulte pour la première fois pour son acné, on proposera :

- A. Un traitement topique en premier lieu, avec rappel des règles d'hygiène
- B. Un traitement per os, pour calmer immédiatement et irrémédiablement son acné.
- C. Des produits naturels, moins agressifs pour la peau.

Quelle cible thérapeutique semble être intéressante ?

- A. Jouer sur les récepteurs de la glande sébacée.
- B. Faire disparaître le C. acnes de la peau.
- C. Modifier seulement le régime alimentaire pour agir sur le microbiote et sur la glande sébacée.

Retrouvez les réponses pages 82 à 87.

Eruption atypique de l'enfant : quel est votre diagnostic ?

Nathalia BELLON (Paris), Julie BONIGEN (Paris)

Article rédigé par le Dr Laure Bellange - Allergologue

Que faire devant une éruption atypique chez l'enfant ? Différents cas ont été présentés lors de cette session.

Nathalia Bellon (Paris)

Le premier cas présenté est une **leucémie aiguë myéloïde avec hémato-dermie**. L'hémato-dermie est une infiltration cutanée d'une pathologie hématologique. Les lésions peuvent parfois précéder l'apparition de l'hémopathie. Il y a un effet koebner. Il y a aussi des réactions d'hypersensibilité aux piqûres d'insectes. Le premier diagnostic évoqué devant ce cas clinique était celui d'une infection, notamment une arbovirose. En effet, la jeune fille avait des lésions importantes en regard de piqûres d'insecte, avec de la fièvre, au retour d'un voyage en Floride. Finalement, la biologie standard a permis le diagnostic, puis une prise en charge en urgence en onco-hématologie.

Le deuxième cas est celui d'une fillette de 10 mois, qui a un **exanthème maculeux érythémateux chronique**, avec hépatomégalie et fièvre récurrente. Un bilan biologique met en évidence une anémie mixte et un syndrome inflammatoire biologique. Le bilan met aussi en évidence un déficit immunitaire. Finalement, cette petite fille, dont la sœur avait les mêmes symptômes, a un syndrome H. La présentation typique est l'hyperpigmentation, l'hypertrichose, l'hépatosplénomégalie et une hypertrophie gingivale. Il y a aussi des télangiectasies faciales et des veines variqueuses, et des anomalies des extrémités dont l'hallux valgus. La surdité et la petite taille sont aussi fréquentes dans ce syndrome. Il s'agit d'une mutation génétique. Il y a un continuum avec le Rosai-Dorfman.

De manière générale, devant un exanthème maculo-papuleux fébrile, la première chose à chercher est un contagio infectieux. Si le rash est central, on pensera d'abord à la rubéole, roséole, parvovirus B, HBV, CMV. Si le rash est périphérique, on évoquera la méningite ou le syndrome pied-main-bouche. En l'absence de contagio infectieux, on cherchera un voyage en zone endémique. Si oui, il faudra chercher les arboviroses et autres pathologies transmises par les moustiques. Si non, il faut penser au kawasaki et aux toxidermies.

Autre cas présenté : **La périartérite noueuse cutanée**. Elle se manifeste par différentes lésions cutanées : livedo et nodules surtout. Les lésions extra-cutanées sont possibles. Cette maladie peut aussi révéler un syndrome sous-jacent. Il faut rechercher un déficit en ADA2, maladie à transmission AR, avec une grande variabilité phénotypique. La fièvre est présente dans 76 % des cas.

Julie Bonigen (Paris)

Chez l'enfant, les causes de **maladie bulleuse** sont nombreuses. Les infections représentent une grande partie des diagnostics, notamment les varicelles, impétigo et épidermolyse staphylococcique. Mais plein d'autres maladies peuvent donner des lésions bulleuses : lupus bulleux, dermatose bulleuse auto-immune, dermatose bulleuse par agent externe (brûlure), dermatose inflammatoire, mastocytose, atopie, toxidermie, porphyrie, érythème polymorphe bulleux.

Le lupus bulleux peut se présenter initialement comme un impétigo, surtout chez l'adolescent. Il y a souvent des atteintes muqueuses. Il ne faut pas hésiter à faire un bilan auto-immun et rechercher des atteintes extra-cutanées, qui sont systématiques dans cette forme de lupus. Les cortico ides restent le traitement de première intention.

Chez le nouveau-né, devant une atteinte bulleuse, il faut rechercher les infections TORCH (toxoplasmose, rubéole, cmv, herpès et « others » dont la syphilis). La syphilis congénitale entraîne souvent une prématurité et la mortalité est de 20 %. On retrouvera une rhinorrhée, un RCIU, des lésions cutanées contagieuses, planes ou nodulaires du tronc, parfois des bulles. L'histiocytose langerhansienne peut aussi être une cause de lésions bulleuses chez le nouveau-né. Les lésions sont parfois papulocroûteuses. L'évolution est favorable spontanément, mais il faut rechercher des atteintes extra-cutanées, et faire un suivi jusqu'à 3 ans après la rémission.

Messages clés :

- Un bilan biologique minimal et biopsies sont indiquées devant toute éruption atypique du nouveau-né et de l'enfant.
- Les infections materno-fœtales sont la première cause d'éruption à chercher chez un nouveau-né.
- Demander les antécédents familiaux et examiner le reste de la famille peut permettre de faire certains diagnostics, notamment génétiques.



QUIZ DE FORMATION

Devant une syphilis congénitale, quel est le traitement ?

- A. Le même que la maman, une pénicilline G.
- B. Attendre, l'infection va guérir spontanément grâce aux anticorps maternels.

Devant une suspicion de lupus chez l'enfant :

- A. Chercher une atteinte rénale est nécessaire.
- B. Le pronostic est meilleur que chez l'adulte.
- C. Les formes sont essentiellement cutanées.

Retrouvez les réponses pages 82 à 87.

Peau et sport, sous forme de photos.

Laurent MISERY (Brest), Myriam CHASTAING LE GUILCHARD (Brest), Martine SCHOLLHAMMER (Brest).

Article rédigé par le Dr Yves ROUBEIX – Dermatologue.

Chez certains patients venus consulter le dermatologue, la problématique n'est pas seulement cutanée mais aussi psychique. Il lui revient d'en faire le diagnostic et de suggérer adroitement une stratégie thérapeutique.

1° Lésions auto-induites.

C'est l'histoire d'un homme de 48 ans, en butte à des soucis d'ordre professionnel, ayant consulté sans résultat plusieurs médecins, adressé par son dermatologue pour des ulcérations du visage et des jambes.

Ces ulcérations résultent d'un geste d'arrachage quotidien qui ne peut pas être réfréné.

Trop affichantes, elles le contraignent à limiter le travail en dehors de son domicile, où tous les miroirs ont été supprimés !

Une prise en charge psychiatrique a été préconisée par les médecins rencontrés mais le patient n'en voit pas la nécessité, s'estimant capable d'arriver seul à se débarrasser de ce geste.

Mais la réalité finit par s'imposer à lui, il comprend enfin le **cercle vicieux** dont il ne peut sortir : **angoisses et idées noires** font qu'il s'arrache la peau, ce qui génère un sentiment de honte et le pousse à s'isoler, pour ruminer son sentiment de culpabilité, d'où à nouveau angoisses et idées noires et ainsi de suite...

Alors, c'est lui qui demande enfin à se faire aider, plus tard il dira son regret d'avoir tant attendu ! Il ne faut pas confondre cette pathologie avec une pathomimie, qui est un trouble factice, grave et rare.

Cet exemple met en évidence le fait que les patients ne demandent pas spontanément de consulter en psychiatrie : **c'est au dermatologue de susciter cette demande, avec finesse et délicatesse.**

En effet, ce n'est de prime abord qu'avec une grande réticence que le patient accepte de faire le lien entre son atteinte cutanée et son psychisme.

2°. Les excoriations psychogènes.

Elles sont fréquentes et concernent 1 à 5 % de la population, féminine 3 fois sur 4.

Elles atteignent le visage ou les membres, et ont souvent débuté dans l'enfance ou à l'adolescence, à l'occasion d'un traumatisme, psychique, physique voire sexuel.

Les poussées surviennent lors de problèmes personnels stressants et ne pouvant être surmontés.

Peu de ces personnes consultent un psychiatre ou un psychologue et peu de celles qui le font continuent de se faire suivre.

En effet, ces excoriations représentent un moyen, certes inadapté, de régulation des émotions : il en résulte un soulagement immédiat et c'est cela qui est recherché.

Il s'agit de personnalités anxieuses ou obsessionnelles, à tendance dépressives et sujettes à diverses addictions.

Deux types de gestes auto-offensifs sur la peau peuvent être opposés :

- **Le geste impulsif** : automatique, machinal, non contrôlé : le fait de formes plus sévères, plus souvent causées par un traumatisme initial, rechutant facilement.
- **Le geste compulsif** : préparé, ritualisé, hyperconscient mais impossible à empêcher.

Les **conséquences** peuvent être **dermatologiques** (surinfections, cicatrices) mais encore affectives (absence de relations intimes), **sociales** (fuite des réunions et lieux publics), **professionnelles, financières...**

Outre les soins dermatologiques, le traitement varie selon les comorbidités psychiatriques présentes :

- Thérapies comportementales, hypnose, méditation ;
- Thérapeutiques dites « alternatives » : applications internet interactives (StopPicking, SaveMySkin) ;
- Médicaments classiques : antidépresseurs (inhibiteurs du recaptage de la sérotonine), anxiolytiques.

3°. Les délires d'infestation, ou syndrome d'Ekbom.

Une patiente a attendu un an avant de venir consulter son médecin traitant pour la présence de bêtes noires dans la tête.

Elles sont partout, sur les vêtements, les meubles, les rideaux, le sol, les murs...

À l'appui de ses dires, la patiente en a apporté de supposés exemplaires dans une boîte.

Cette situation est vécue douloureusement : honte, repli sur soi, arrêt des relations sociales.

Le médecin adresse la patiente à un dermatologue. En fait, ce sont plusieurs dermatologues qui seront consultés :

- Les uns se montrent rassurants, cherchant à convaincre de la non-existence de ces bêtes et prescrivant des examens parasitologiques qui reviennent négatifs ;
- Les autres lui conseillent de voir un psychiatre, lui disant que ces bêtes sont le fruit de son imagination ;
- D'autres enfin se contentent de prescrire des émoullients, que la patiente n'appliquera pas, de crainte de nourrir les bestioles.

Découragée, non soulagée de sa souffrance, la patiente renonce à consulter et se replie encore davantage sur elle-même pour ne pas contaminer son entourage.

Plusieurs mois après, au cours de l'exérèse chirurgicale sous anesthésie locale d'une tumeur cutanée de la joue, elle évoque ses symptômes avec la dermatologue qui l'opère.

Tout en restant concentrée sur son geste technique, celle-ci l'écoute attentivement, ce qui permet à la malade d'extérioriser ce qu'elle perçoit et la souffrance psychique qui en résulte.

Le médecin manifeste de l'intérêt pour l'histoire de la patiente, faite d'une succession d'événements traumatisants : déménagement l'éloignant de sa famille, départ mal vécu en retraite, décès du mari, départ de sa petite fille qu'elle a élevée pendant plusieurs années, alcoolisme et désinsertion sociale de son fils dont les enfants ont été placés en famille d'accueil.

Lors d'un contrôle, la patiente dit s'être trouvée « débloquée » par cet entretien avec la dermatologue et moins envahie par toutes ses préoccupations.

Le médecin, sans valider l'existence des bêtes, propose un traitement visant à atténuer les perceptions cutanées : rispéridone 1 mg/j et un topique cicatrisant.

Mise en confiance par l'écoute empathique, la patiente accepte volontiers le traitement, pour lequel elle se montre compliant, d'autant plus qu'il est bien supporté et efficace : elle ne pense plus aux petites bêtes !

C'est ainsi **qu'une pathologie psychiatrique peut s'exprimer sous une apparence dermatologique** : alors, c'est bien vers le dermatologue que se tourne le patient.

Le terrain de ce délire est souvent celui d'une femme de la soixantaine, isolée, sans antécédent psychiatrique mais avec une personnalité sensitive, faite de timidité, manque de confiance en soi, tendance dépressive.

Un événement déclenchant est habituel : décès, déménagement, problème de santé, cessation d'activité, contact avec une personne infestée...

Il s'agit d'une conviction délirante, à distinguer d'une parasitophobie, s'accompagnant de sensations cutanées telles des fourmillements, des picotements, un prurit...

Quelques principes :

- Savoir écouter les plaintes et les prendre au sérieux ;
- Ne pas nier le délire ni pour autant y adhérer : « je n'explique pas cela de la même manière, je n'ai pas la même façon de voir. »
- Ne pas chercher à démontrer rationnellement le mal fondé du jugement, ne pas essayer de convaincre pour ne pas heurter le patient ni susciter son hostilité ;

Le traitement médicamenteux psychotrope sera mieux accepté et suivi quand il sera prescrit par un dermatologue attentif et accompagné d'un traitement dermatologique local.

Traitement psychotrope :

- Antipsychotiques, qui luttent contre les perceptions cutanées : rispéridone (Risperdal®) 1 à 4 mg/j ; olanzapine (Zyprexa® 5 mg, 1 cpé/j) ; pimozide (Orap® 1 à 4 mg/j).
- Antidépresseurs, associés en cas de symptômes dépressifs.

4°. Dismorphophobie (ou obsession d'une dysmorphie corporelle).

Une femme de 58 ans se plaint d'un gonflement du nez.

Elle a reçu dans le passé plusieurs traitements dermatologiques : exérèse d'une petite boule sur le nez, laser épilatoire du visage et du nez, laser vasculaire du visage pour érythrocouperose.

Depuis quelques mois, le dermatologue est surpris par une modification de la plainte et une demande pressante de traitement : « j'ai un rhinophyma, mon nez grossit à vue d'œil, je ne vois plus que ça. »

Cependant, l'examen clinique du nez est quasi normal.

Il s'agit d'une préoccupation concernant un défaut d'apparence, illusoire ou mineur, mais entraînant une grande détresse morale et une altération du fonctionnement relationnel et professionnel.

La multiplicité des médecins consultés, ORL, chirurgiens plasticiens, radiologues, et des avis donnés, est déstabilisante pour le dermatologue et son diagnostic de rosacée mineure.

La dysmorphophobie peut être ignorée pendant longtemps car les patients en cachent les symptômes qui leur font honte. Elle concerne fréquemment le visage chez la femme, la sphère génitale chez l'homme, ou encore le cuir chevelu. Débutant souvent à l'adolescence, elle peut engendrer des troubles dépressifs avec risque suicidaire et traduit parfois une pathologie psychiatrique de type phobique, voire délirant.

La prise en charge doit nécessairement être multidisciplinaire : dermatologique, cosmétologique, psychiatrique, sous peine d'échec. D'éventuels actes dermatologiques esthétiques ou chirurgicaux ne doivent être effectués qu'à la condition d'une prise en charge psychologique concomitante.

Il s'agit d'un trouble obsessionnel compulsif

Messages clés :

- Savoir écouter le patient, sans jugement, et prendre pour vrai ce qu'il éprouve.
- Ne pas imposer le recours au psychiatre mais amener le patient à l'envisager lui-même.



QUIZ DE FORMATION

Trouvez la bonne réponse !

- A. Les excoriations psychogènes sont du ressort d'un traitement dermatologique exclusif.
- B. En cas de délire parasitaire, il est important dès le début que le médecin soit convaincant pour nier l'existence des parasites.
- C. La dysmorphophobie engendre une réelle souffrance psychique, pouvant aller jusqu'au suicide.
- D. Les lésions cutanées auto-induites sont une forme de pathomimie.
- E. Devant toute pathologie psychiatrique à expression cutanée, il faut imposer une prise en charge psychiatrique.

Trouvez la bonne réponse !

- A. L'écoute empathique des plaintes exprimées par le patient est nécessaire à sa compliance.
- B. Le traitement du délire parasitaire se résume à la prescription d'un antipsychotique.
- C. La grande majorité des patients adhère de prime abord à la proposition d'une aide psychiatrique.
- D. La dysmorphophobie chez l'homme concerne essentiellement le visage.
- E. Les excoriations psychogènes sont toujours automatiques, machinales, non contrôlées.

Retrouvez les réponses pages 82 à 87.

Une image, la bonne question, le bon diagnostic

Marie-Sylvie DOUTRE (Bordeaux), Emmanuelle AMSLER (Paris)

Article rédigé par le Dr Laure Bellange - Allergologue

La session est un enchaînement de photos, où les participants dans la salle répondent à un quiz pour trouver le diagnostic.

Session 1 : Marie-Sylvie DOUTRE (Bordeaux)

Un traitement par amlodipine peut donner des télangiectasies. La grossesse peut aussi donner des télangiectasies, unilatérales. La vasculopathie cutanée collagénique donne des télangiectasies, mais plutôt des membres inférieurs, parfois extensives.

La ciclosporine peut entraîner des hyperpilosités. L'application de minoxidil sur le cuir chevelu entraîne aussi des hyperpilosités si mésusage, notamment si absence de lavage des mains.

La pemphigoïde bulleuse peut prendre un aspect dyshidrosique, dans deux cas surtout : chez le sujet âgé, avec des bulles hémorragiques. Chez le sujet jeune, avec atteinte muqueuse dans la moitié des cas et une atteinte palmoplantaire, et des Ac antip200 positifs. Dans ce dernier cas, la disulone est efficace.

Les dermites streptococciques péri anales sont connues chez l'enfant. Chez l'adulte, c'est un diagnostic plus rare, avec des streptocoques du groupe B, C ou G. Il faut un traitement par antibiothérapie systémique. Il peut y avoir transmission par contact oro-anaux.

Les corticoïdes peuvent induire une hyperlymphocytose. À distance de la prise, la numération de formule peut rentrer dans la norme. C'est lié à un effet diapédèse des corticoïdes. L'hématome digital spontané paroxystique survient habituellement chez les femmes d'âge moyen,

Session 2 : Emmanuelle AMSLER (Paris)

Le larva migrans survient surtout sur les pieds et les fesses. C'est lié à une migration sous-cutanée de larves d'ankylostomes par contact avec le sol.

L'érythème pigmenté fixe a pour principales molécules responsables les antibiotiques, les AINS et le paracétamol. Mais certaines formes peuvent survenir avec des compléments alimentaires ou des aliments.

Le syndrome nutella, ou syndrome de l'œdème sus-claviculaire récurrent, touche majoritairement les femmes d'âge moyen, avec une masse supra claviculaire gauche non inflammatoire. Cela correspond à une obstruction intermittente de la portion terminale du canal. Les prises alimentaires grasses dans les jours précédents sont responsables. Les symptômes régressent spontanément en quelques jours. Il faut quand même des examens complémentaires afin d'éliminer les diagnostics différentiels, donc les compressions par masse tumorale.

Le syndrome Harlequin est dû à une dysfonction unilatérale du système sympathique. Pâleur et anhidrose du côté atteint et flush facial avec hyperhidrose contralatérale sont les symptômes.

Le tronc et les bras peuvent aussi être atteints. Dans 50 % des cas, c'est idiopathique. Il faut donc rechercher les cas secondaires.

SITRAME : nouveau syndrome auto inflammatoire de l'adulte. Une série de 16 patients a récemment été publiée dans le JEADV. L'âge moyen au diagnostic est de 53 ans, autant d'hommes que de femmes. L'éruption est stéréotypée maculeuse, non prurigineuse, affectant toujours le tronc, mais épargnant certaines zones du tronc. L'éruption dure environ trois jours et régresse spontanément sans desquamation. La prise de traitement ou une virose peut déclencher la crise. Le bilan biologique met en évidence une CRP augmentée. Pour le moment, aucune gène n'est identifiée, mais on suspecte une mutation génétique comme cause de l'éruption.

Messages clés :

- Les cas présentés sont rares mais il est important de les garder en tête et de les évoquer devant les absences de réponse aux traitements standard.
 - L'interrogatoire et un examen clinique minutieux restent les éléments clés pour faire le diagnostic.
-



QUIZ DE FORMATION

Devant une éruption atypique, quel examen faire en systématique ?

- A. Une biopsie cutanée.
- B. Une biologie standard.
- C. Imagerie par TDM TAP.

Devant un œdème sus-claviculaire, il faut penser en priorité à :

- A. Un syndrome paranéoplasique.
- B. Un syndrome nutella.

Retrouvez les réponses pages 82 à 87.

Mythes et réalités sur les tatouages.

Nicolas KLUGER (Paris)

Article rédigé par le Dr Laure Bellange - Allergologue

Quoi de neuf en épidémiologie ? Au niveau mondial, 18 à 20 % des adultes ont au moins un tatouage, 17 % en France.

Les femmes sont plus tatouées que les hommes, sur toutes les catégories d'âge.

Les motivations varient selon les continents. Souvent, cela sert à marquer un évènement de notre vie. De plus en plus, on voit des tatouages qui masquent des cicatrices. Depuis le COVID, il y a une baisse de l'incidence des tatouages. Les dermatologues sont moins tatoués que la population générale.

Pourquoi proposer une consultation tatouage ? Cela permet des conseils adaptés aux patients, de faire de la recherche, d'avoir une expertise. Les allergies, infections et granulomes sont les problèmes les plus fréquents. Certains consultent avant de se faire tatouer, afin de savoir les éventuelles contre-indications.

Quoi de neuf sur les encres ? Un des problèmes est le marquage aléatoire sur les flacons. Il est difficile de savoir la composition exacte des produits. Une nouvelle restriction va s'appliquer l'année prochaine, mais elle sera compliquée à mettre en application. Les pigments bleus et verts vont être interdits. Cela pose un problème car il existe une quarantaine de pigments, qui se retrouvent dans environ 1 500 encres. Cela va donc être compliqué de faire le tri.

Les complications ont évolué dans le temps, avec les encres qui ont évolué au fil des années. Les militaires tatoués avaient des risques de gangrène. Actuellement, les applewatch ne fonctionnent pas sur les tatouages.

Rapidement après le tatouage, on peut avoir un œdème local. On peut aussi avoir des réactions allergiques aux topiques qu'on applique sur le tatouage en cicatrisation.

Dans la semaine après un tatouage, il peut y avoir des traumatismes liés aux aiguilles. Il faudra souvent une antibiothérapie dans ce cas. Les infections sont fréquentes. Elles sont majoritairement liées à des erreurs d'asepsie pendant la séance, mais elles peuvent être liées au client qui fait mal les soins à la maison. Si plusieurs clients d'un même salon de tatouage ont une éruption, il faut penser à une infection à mycobactérie.

Environ un mois après le tatouage, on peut avoir un tattoo blowout : l'encre diffuse au-delà du tatouage.

Plusieurs mois à années après le tatouage, on aura surtout des granulomes. Il faut faire une biopsie pour éliminer une sarcoïdose. Mais le bilan est compliqué car on aura du matériel étranger à la biopsie.

Un tatouage qui devient infiltré et prurigineux doit faire évoquer une allergie. L'encre rouge est la plus incriminée. Les tests allergologiques sont inutiles. Un tatouage test avant un gros tatouage est inutile. Cela ne sera pas prédictif d'une allergie future. Si allergie connue au nickel, il n'y a pas de contre-indication absolue à se faire tatouer.

Une maladie cutanée chronique peut donner des lésions sur le tatouage.

Concernant les cancers, pour le moment, aucun lien n'est montré, que ce soient pour les cancers cutanés ou systémiques. Le kératoacanthome éruptif est le seul cancer possiblement associé au tatouage.

Il existe une fiche de tatouage vigilance de l'ANSM.

Messages clés :

- Le tatouage est fréquent mais pas anodin.
 - Les effets secondaires peuvent apparaître de quelques heures à quelques années après le tatouage.
 - Les traitements sont symptomatiques, enlever la cause, donc le tatouage, est compliqué.
-



QUIZ DE FORMATION

Que doit-on dire à un patient atopique qui veut se faire tatouer ?

- A. Il est à risque de développer un eczéma de contact.
- B. Il faut mieux faire un petit tatouage qu'un gros.
- C. Il peut tester l'encre au préalable

Quel diagnostic éliminer rapidement après un gros tatouage fait sur un membre inférieur et dont le membre devient rouge et douloureux ?

- A. Une infection.
- B. Une TVP.
- C. Une allergie.

Retrouvez les réponses pages 82 à 87.

Symposium satellite Léo Pharma – Dermatite atopique et eczéma chronique des mains : quand le visible rend invisible

Anne-Claire BURSZTEJN (Vandœuvre-lès-Nancy), Marie JACHIET-BEDARIDA (Paris), Angèle SORIA (Paris)

Article rédigé par le Dr Laure Bellange - Allergologue

Une enquête sur la dermatite atopique (DA) et vie de femme a été réalisée, en partenariat avec l'Association Française Eczéma. Elle montre que l'eczéma chronique des mains est la première cause de dermatose chronique des mains.

Atteinte d'une zone visible chez les patients DA, quel impact sur leur qualité de vie et leur prise en charge - Anne-Claire BURSZTEJN (Vandœuvre-lès-Nancy) et Marie JACHIET-BEDARIDA (Paris).

Une enquête sur la dermatite atopique (DA) et vie de femme a été réalisée, en partenariat avec l'Association Française Eczéma. L'objectif principal était de décrire le handicap généré par la DA.

1 009 patientes ont été incluses, 65 % étaient en couple, 66 % travaillaient. 47 % avaient une comorbidité atopique. Les patientes avec des atteintes prédominant sur les zones visibles ont tendance à surévaluer la sévérité de leur maladie.

La DA est un frein à la vie amoureuse et à la sexualité, d'autant plus qu'elle touche une zone visible et une zone sensuelle. Il y a un impact sur les patientes mais aussi un retentissement chez les conjoints. Il y a aussi un impact sur la vie au travail, avec des absences et présentisme plus important.

Une étude a été faite avec 12 patients. Le tralokinumab après un traitement par dupilumab a montré une amélioration de la DA, en particulier de l'atteinte tête et cou et de l'atteinte des extrémités. Il n'y a pas de rechute de la conjonctivite.

D'autres études montrent une efficacité du tralokinumab, avec l'EASI-75 atteint chez plus de patients traités avec ce traitement qu'avec le placebo. Prolonger le traitement permet d'améliorer l'efficacité du traitement, et d'augmenter le nombre de patients répondeurs. Le traitement permet une épargne cortisonique.

Eczéma chronique des mains : exemple d'une pathologie affichante - Angèle SORIA (Paris)

L'eczéma chronique des mains est la première cause de dermatose chronique des mains. Le taux d'incidence est entre 5 et 8 %. Les aspects cliniques sont polymorphes. Souvent, il y a intrication de plusieurs diagnostics, entre la DA et l'eczéma de contact voire de l'eczéma irritatif. Il y a aussi parfois des lésions ailleurs, dont les pieds.

Dans Contact dermatitis en 2022 ont été décrites de nouvelles recommandations d'expert dans le diagnostic, la prévention et le traitement des eczémata des mains. Quatre groupes sont décrits. L'eczéma hyperkératosique touche surtout les hommes, sans aucun terrain atopique, avec un travail en milieu humide. Le bilan allergologique est négatif.

L'eczéma vésiculeux peut mettre en évidence un bilan allergologique positif, mais c'est souvent un terrain de DA.

La pulpite est liée à de la DA.

L'eczéma nummulaire est souvent associé à une allergie de contact.

Les facteurs favorisant l'eczéma chronique des mains sont le terrain atopique, le genre féminin, l'obésité. L'activité physique est protectrice.

L'impact sur la qualité de vie de l'eczéma des mains est majeur.

Le premier traitement de l'eczéma des mains est l'éviction des facteurs favorisants et l'utilisation de gants et d'émollients. Les dermocorticoïdes modérés à fort ont toujours leur place. Si échec, les experts conseillent l'alirétinoïne. En cas d'échec, on proposera un traitement systémique.

Messages clés :

- L'eczéma des zones affichantes est associé à une mauvaise qualité de vie.
- L'impact de l'eczéma touche tous les domaines de la vie du patient, mais aussi son entourage.
- Les questionnaires de qualité de vie sont indispensables, il faut rediscuter des points clés avec le patient pendant la consultation.
- Les biothérapies systémiques et topiques révolutionnent la prise en charge des patients.



QUIZ DE FORMATION

Que proposer à un patient atteint de DA sévère ?

- A. Une prise en charge pluridisciplinaire, avec de l'éducation thérapeutique et des traitements systémiques ?
- B. Le revoir régulièrement pour vérifier l'observance du traitement.
- C. Lui expliquer le caractère chronique et le fait qu'on aura du mal à le guérir.

Devant un eczéma des mains chez un boulanger, que faut-il chercher en priorité ?

- A. Un eczéma de contact à la farine.
- B. Un diagnostic différentiel, comme un dermatophyte

Retrouvez les réponses pages 82 à 87.

Fashion week aux JDP : quand vêtements et accessoires vestimentaires donnent de l'allergie !

Évelyne COLLET (Dijon), Nadia RAISON PEYRON (Dijon), Florence TETART (Rouen)

Article rédigé par le Dr Laure Bellange - Allergologue

De plus en plus de vêtements et accessoires amènent les patients à déclarer de nouvelles allergies. Les colorants ne sont pas les seuls responsables !

Les dermatites de contact aux vêtements ne sont pas liées seulement aux colorants. D'autres éléments sont responsables comme les matériaux (cuir, caoutchouc, métaux), les apprêts et ennoblisseurs, les conservateurs et fongicides.

L'industrie du textile est en renouvellement constant. De nouvelles fibres apparaissent comme l'eucalyptus, la noix de coco, les plastiques recyclés. Il y a donc un risque de nouveaux allergènes dans les années à venir.

Le diagnostic peut être simple quand la topographie est liée au port d'un textile ou d'un accessoire vestimentaire. Il faut examiner le vêtement suspect, pour voir quelle zone peut être à l'origine de l'eczéma.

Parfois, le diagnostic est plus difficile. Il faut y penser dans le cas où la zone de contact est étroite avec les vêtements. L'allergie peut être favorisée par la sudation et le frottement. Les plis sont un lieu classique de lésion, avec un respect du fond du pli.

La batterie standard contient un marqueur des colorants, mais aussi des métaux, du caoutchouc, des conservateurs, donc elle est utile. Mais elle est insuffisante. Il faudra tester le textile en cause. Il faut savoir découper sans retenue, avec des morceaux de 2*2 cm pour des tests en semi-ouvert un peu humides. Des tests négatifs ne doivent pas faire éliminer le diagnostic. Si doute, il ne faut pas hésiter à faire un test d'usage.

Les colorants sont plus de 8 000 à être listés.

Les creux axillaires, les régions sous-mammaires, les faces latérales du cou et des poignets sont les zones préférentielles pour les allergies aux colorants.

Certaines formes peuvent être atypiques, avec un aspect en pseudo-cocarde, un aspect purpurique.

La classification chimique des colorants les sépare en 17 catégories. Les colorants azoïques sont la plus grande part des colorants utilisés dans le textile.

La classification technologique comprend trois éléments :

- Le nom générique de la classe d'application,
- La couleur,
- Le numéro d'ordre chronologique d'inscription au Colour Index.

Les colorants les plus utilisés dans la mode sont les colorants dispersés (22 %) et les colorants réactifs. 60 % des colorants dispersés sont azoïques.

En plus de la batterie standard européenne, on peut utiliser la batterie des colorants.

Il faut conseiller au patient d'apprendre à lire les étiquettes des textiles pour connaître la composition des fibres. Il faut toujours laver un vêtement neuf avant de le porter. Si on a des allergies aux colorants dispersés, il faut choisir des textiles en fibres naturelles, et des sous-vêtements blancs. Le label Oeko Tex donne des garanties que le vêtement ne contient pas les colorants textiles les plus allergisants.

Nickel, Cobalt et Chrome sont présents dans la batterie standard. Il n'y a pas de réactivité croisée, mais souvent des cosensibilisations.

Les diagnostics d'allergie aux parties métalliques des vêtements sont faciles à faire.
Les chaussures sont des grands pourvoyeurs d'allergie.
La réglementation REACH limite le taux de nickel utilisable dans les accessoires de mode.
Pour le nickel, on peut acquérir le spot test, afin de vérifier si les parties métalliques sont en nickel ou d'un autre métal.
Le seul traitement aujourd'hui, est l'éviction

Messages clés :

- Les textiles et accessoires vestimentaires contiennent de nombreux allergènes.
- L'interrogatoire doit être minutieux, et il faut examiner les vêtements apportés par le patient.
- Les tests avec la batterie standard européenne sont indispensables mais insuffisants. Ne pas hésiter à faire des tests d'usage si doute diagnostique.
- L'éducation du patient, et la remise des fiches d'éviction peuvent aider à limiter les rechutes.



QUIZ DE FORMATION

Que tester sur un eczéma isolé du dos du pied ?

- A. La languette de la chaussure.
- B. La semelle de la chaussure.
- C. Les produits topiques utilisés par le patient.

Que proposer à un patient allergique au nickel ?

- A. Faire attention aussi au chrome et au cobalt.
- B. Utiliser les dermocorticoïdes en préventif s'il veut mettre des bijoux fantaisie.
- C. Rien, le nickel est trop ubiquitaire.

Retrouvez les réponses pages 82 à 87.

Ces plantes qui veulent notre peau !

Martine AVENEL-AUDRAN (Angers), Jean-Louis PEYRON (Narbonne)

Article rédigé par le Dr Yves ROUBEIX – Dermatologue.

Avec la vague bio, par contact direct ou utilisées sous forme d'extraits à visée cosmétique ou thérapeutique, les plantes sont de plus en plus souvent responsables de phytodermatoses, irritatives ou allergiques.

1°. Les phytodermatoses irritatives.

Conséquences d'un contact cutané direct, elles sont liées à une agression mécanique, ou bien chimique, éventuellement potentialisée par le soleil.

- Agression mécanique :
 - Par piqûre, griffure, coupure ; les lésions qui en résultent ne sont pas spécifiques. (Ex. Chardon, églantier, prunellier, roncier, houx, genévrier, carex...)
 - Par poils irritants, sources de lésions plus spécifiques. (Ex. Glochides des cactus : dermite des cueilleurs de figues de Barbarie. Trichomes (poils, soies, barbes) de l'orge ou de la bourrache.)
- Agression chimique :

Les différents agents irritants sont :

- L'oxalate de calcium est fait de cristaux insolubles acérés, ou raphides, contenus dans de nombreuses plantes, dont le dieffenbachia, sources d'irritation mécanique et chimique.
- La broméline de l'ananas, cause de dermite des mains chez les cueilleurs d'ananas.
- Les sapogénines de l'agave, qui atteignent les ouvriers des distilleries de téquila et les cueilleurs d'agaves.
- Les saponines du laurier-rose et du lierre.
- Les thiocyanates des graines de moutarde, utilisées autrefois sous forme de sinapismes.
- Le latex du poinsettia et des autres euphorbes, dont le redoutable mancenillier et la classique chélidoine (herbe aux verrues).
- La protoanémone, présente dans les renonculacées (bouton d'or, clématite).
- La capsaïcine du piment et du poivron.

- Urticaire de contact :

Il s'agit d'une urticaire non immunologique dont le prototype est celui de l'ortie. Cette plante possède des poils urticants terminés par un pic de silice qui se casse au moindre contact, libérant histamine et acétylcholine.

Le dendrocnide, « stinging tree », provoque des réactions urticariennes pouvant être retardées et très importantes.

- Réactions phototoxiques :

À la suite de l'interaction entre les UVA et une substance photosensibilisante, psoralène le plus souvent, après contact avec une plante ou son huile essentielle.

Les dermatoses qui en résultent sont la dermite des prés d'Oppenheim et la dermite en breloque.

Les plantes responsables peuvent appartenir à diverses familles :

- Ombellifères (ammi majus, berce, panais, fenouil, carotte, céleri, persil) ;
- Moracées (figuier) ;
- Rutacées (rue, fraxinelle, citrus, bergamote) ;
- Légumineuses ;
- Composées (achillée, œillet d'Inde).

2°. Les phytodermatoses allergiques.

Fréquentes en milieu professionnel : 58 % des fleuristes danois ont un patch test positif aux extraits de marguerite ou de chrysanthème.

En milieu non professionnel, les topiques à base de plantes sont souvent incriminés.

Les manifestations cliniques de l'allergie aux plantes sont l'eczéma, aigu ou chronique, l'urticaire et l'érythème polymorphe.

L'urticaire de contact aux plantes est rarement allergique : baume du Pérou, pomme de terre, kiwi.

L'eczéma peut être aéroporté, atteignant les parties découvertes mais sans respect du triangle sous mentonnier et touchant également les plis, ce qui le différencie d'une photosensibilisation.

Quelles sont les plantes responsables d'allergie ?

- Dans la famille des anacardiées :
 - *Le poison ivy* (*Toxicodendron radicans*), par l'urushiol, allergène hautement sensibilisant, source d'eczéma aigu, problème de santé publique aux USA.
 - *Rhus toxicodendron*, utilisé en homéopathie comme topique anti-rhumatismal.
- Dans la grande famille des composées, avec comme allergènes les lactones sesquiterpéniques : *arnica, artichaut, camomille, endive, tournesol, pissenlit, calendula...*

L'eczéma est souvent aéroporté ou bien de topographie de contact après application de topiques.

- Dans la famille des hépatiques, encore par le biais des lactones sesquiterpéniques, *les Frullania*, mousses parasites des arbres, sont responsables d'eczéma aéroporté chez les forestiers.
- Les liliacées (*tulipe, alstroemère*), dont l'allergène est la tulipaline A, provoquent des eczémats chroniques des 3 premiers doigts chez les fleuristes (tulip fingers).
- Les primulacées ont pour chef de file *la primevère d'intérieur* et, comme allergène, la primine. Elles causent des eczémats aigus, aéroportés, voire des érythèmes polymorphes. Toutes réactions devenant moins fréquentes grâce à l'apparition de cultivars sans primine.
- Les alliées, qui comprennent *l'ail et l'oignon*, ont pour allergène le diallyldisulphide, responsable d'eczéma des doigts et du scrotum chez les cuisiniers.
- Les hydrangéacées, représentées par *l'hortensia* avec l'hydrangénol pour allergène, provoquent des eczémats chroniques des mains chez les professionnels, lesquels sont majoritairement basés à Angers (80 % de la production européenne).
- Les lamiacées, myrtacées, lauracées ont pour allergène commun les dérivés terpéniques, parmi lesquels limonène et linalol. Elles comportent des plantes aromatiques utilisées dans la fabrication des huiles essentielles et des parfums : *lavande, arbre à thé, menthe, laurier noble (ou laurier-sauce), cannelle, eucalyptus, géranium, jasmin, pin, ylang ylang*.
- Exemples de topiques connus contenant de l'essence de lavande : Kétum®, Hirucrème®, Phénergan®, Décontractyl®, Cétavlon®.
- Citons encore *le lierre commun, le baume du Pérou, Centella asiatica* (Madécassol®), *l'huile de nigelle, l'huile d'argan*.

Comment explorer ? Par les patch-tests !

- Au moyen d'allergènes standardisés : plusieurs batteries sont à notre disposition : batterie standard européenne et batteries spécialisées.

- En testant la plante elle-même : c'est possible mais avec précautions en raison de risque toxique, irritatif et de réaction allergique violente.

Messages clés :

- Les phytodermatoses sont de nature irritative ou allergique.
 - Les huiles essentielles et parfums sont de grands pourvoyeurs de réactions allergiques.
-



QUIZ DE FORMATION

1. Quelle est la bonne réponse ?

- A. Les eczémas aéroportés ne peuvent pas être distingués des réactions de photosensibilisation.
- B. Le laurier-rose est pathogène, mais pas le laurier noble.
- C. Le poison ivy est responsable d'importantes réactions irritatives.
- D. L'agent photosensibilisant le plus souvent rencontré est un psoralène.
- E. L'exploration d'une phytodermatose allergique repose sur les patch-tests et le dosage des IgE spécifiques.

2. Quelle est la bonne réponse ?

- A. L'urticaire de contact aux plantes obéit presque toujours à un mécanisme allergique.
- B. Les phytodermatoses peuvent se présenter sous la forme d'un érythème polymorphe.
- C. Les primevères d'intérieur sont de plus en plus souvent responsables d'allergies.
- D. La capsaïcine contenue dans le piment est hautement sensibilisante.
- E. Une allergie à une plante peut se manifester par un eczéma aigu, jamais chronique.

Retrouvez les réponses pages 82 à 87.

Dermatite atopique et prurigo nodulaire : actualités et enjeux

Laurent MISERY (Brest), Julien SENESCHAL (Bordeaux), Anne-Claire FOUGEROUSSE (Saint-Mandé)

Article rédigé par le Dr Yves ROUBEIX – Dermatologue.

À l'instar du prurigo nodulaire, la dermatite atopique a un impact considérable sur la qualité de vie.

Les traitements de la dermatite atopique sévère sont en constante progression et ne doivent pas se limiter à l'atteinte cutanée.

Le prurigo nodulaire, une maladie autonome ?

Laurent MISERY (Brest)

Définition du prurigo nodulaire :

Dermatose inflammatoire chronique, caractérisée par un prurit intense, accompagné de nombreuses lésions nodulaires plus ou moins hyperkératosiques.

Cette affection est autonome, 20 % seulement des sujets atteints sont de terrain atopique.

Diagnostic essentiellement clinique, reposant sur l'association des 3 critères principaux suivants :

- Multiples lésions cutanées prurigineuses, localisées ou généralisées ;
- Signes de grattage répété : excoriations, croûtes, cicatrices ;
- Présence d'un prurit chronique depuis au moins 6 semaines.

Le prurigo nodulaire est la forme clinique la plus fréquente du prurigo chronique.

Ce prurit affecte non seulement les nodules mais aussi la peau interlésionnelle.

La taille des nodules varie de 1 cm à 2 ou 3 cm, leur nombre peut dépasser plusieurs centaines. Ils sont distribués de façon habituellement bilatérale, prédominant aux faces d'extension des membres.

Le signe du papillon fait référence à une zone du dos en forme de papillon, peu ou pas atteinte car difficilement accessible au grattage.

Cette affection a un impact majeur sur la qualité de vie, supérieur à celui de l'eczéma atopique et du psoriasis, que ce soit sur le plan fonctionnel (troubles du sommeil, absentéisme au travail, vie quotidienne) ou sur le plan émotionnel (anxiété, dépression, dégoût, honte, idées suicidaires).

Physiopathologie :

Tout commence par un prurit *sine materia*, quelles que soient son origine et l'initiation d'un cycle prurit grattage qui s'autonomise et devient chronique par l'intermédiaire de mécanismes neuro-immuns.

Les cytokines de la voie Th2, interleukines 4, 13 et 31, propagent l'inflammation dermique et activent les prurirécepteurs, indépendamment des pruritogènes classiques comme l'histamine.

Mis à part les émoullients, toujours utiles, le traitement s'organise en 4 étapes, en principe successives :

1. Dermocorticoïdes, inhibiteurs topiques de la calcineurine, antihistaminiques.
2. Capsaïcine topique, corticostéroïdes intralésionnels, photothérapie (UVA/UVB).
3. Gabapentine, prégabaline, antidépresseur ou ciclosporine, méthotrexate, selon la composante plutôt neuropathique ou inflammatoire du prurigo.

4. Antagoniste de NK 1R, antagonistes mu-opioides, dupilumab, némolizumab, thalidomide.

5.

Le traitement étiologique est souvent insuffisant puisque le prurigo nodulaire évolue par lui-même.

Il existe une association de patients avec pour site internet et adresse mail :

<http://www.franceprurigonodulaire.com>, E-mail : prurigonodulaire@gmail.com

Au-delà de l'atteinte cutanée de la dermite atopique.

Julien SENESCHAL, Bordeaux.

La dermite atopique est étroitement liée à d'importantes comorbidités qui affectent l'état de santé des patients.

Il peut s'agir des comorbidités du terrain atopique : asthme, rhinite allergique, urticaire, allergie alimentaire, œsophagite à éosinophiles.

Mais aussi :

- Anxiété, dépression, idées suicidaires, troubles du sommeil ;
- Troubles du déficit attention/hyperactivité ;
- Douleur cutanée ;
- Polypose nasale ;
- Pelade ;
- Syndrome métabolique : tabagisme, obésité, HTA, accident cardiovasculaire, en particulier coronarien, dyslipidémie ;
- Infections cutanées ou extra-cutanées ;
- Eczéma de contact.

Le fardeau que représente cette maladie augmente avec sa sévérité, chez l'enfant, mais aussi chez ses parents et les aidants.

Notion d'inertie thérapeutique :

Il s'agit d'un comportement médical qui consiste à ne pas instaurer ou ne pas intensifier un traitement chez un patient alors que les recommandations en vigueur le justifient, en l'absence de freins médico-économiques.

Un dermatologue sur 4 fait preuve d'inertie thérapeutique !

Les causes peuvent en être un manque de connaissances, une sous-estimation de la gravité de la maladie, un manque de motivation, des contraintes administratives ou ses propres croyances.

En conclusion :

- Importance d'une prise en charge globale du patient atteint de dermite atopique et de ses comorbidités.
- Savoir reconnaître tôt la maladie et proposer rapidement la meilleure thérapeutique, tel un traitement systémique.
- Faciliter le parcours de soins du patient, améliorer la relation ville-hôpital ainsi qu'entre tous les intervenants médicaux et paramédicaux.

De l'enfance à l'âge adulte : quelle prise en charge dans la dermite atopique ?

Anne-Claire FOUGEROUSSE, Saint-Mandé.

Chez l'enfant avec dermite atopique modérée à sévère ou sévère :

- Les anticorps monoclonaux : le dupilumab est autorisé à partir de l'âge de 6 ans, d'autres sont en cours de développement (en phase III, à partir de 12 ans) : tralokinumab, lébrikizumab, némolizumab ;
- Les inhibiteurs de Janus kinases : l'upadacitinib peut être prescrit à partir de 12 ans, des essais de phase III concernent le baricitinib et l'abrocitinib.
- Le dupilumab, à 16 et 52 semaines de traitement :
 - Chez les 6-11 ans, le dupilumab améliore notablement les scores IGA et EASI, ainsi que le prurit, avec une bonne tolérance ;
 - Chez les 12-17 ans, on observe une amélioration progressive et maintenue dans le temps des signes et symptômes de la maladie et de la qualité de vie.
- L'upadacitinib est efficace à 16 semaines chez les 12-17 ans.

Chez l'adulte avec dermite atopique modérée à sévère ou sévère :

- Les anticorps monoclonaux : dupilumab et tralokinumab sont autorisés, tandis que lébrikizumab et némolizumab sont en cours de développement, en essais de phase III.
- Les inhibiteurs de Janus kinases : upadacitinib, baricitinib et abrocitinib peuvent être prescrits.

Après 65 ans et chez les sujets fragiles :

- Les anticorps monoclonaux sont préconisés du fait d'une meilleure tolérance et d'un plus grand recul.
- Recommandations de l'IEC (International Eczema Council) :
 - En première ligne, utiliser le dupilumab ;
 - En deuxième ligne, le méthotrexate ;

En troisième ligne, le mycophénolate

Messages clés :

- Le prurigo nodulaire est une affection chronique et autonome.
- La dermite atopique est liée à de nombreuses comorbidités.
- En traitement de la dermite atopique, les anticorps monoclonaux ont un très bon profil efficacité/tolérance.



QUIZ DE FORMATION

Trouvez la bonne réponse !

- Les $\frac{3}{4}$ des dermatologues font de l'inertie thérapeutique.
- Le prurigo nodulaire est le plus souvent lié au terrain atopique.
- L'enfant atteint de dermite atopique modérée à sévère peut bénéficier du dupilumab à partir de 12 ans.
- Le diagnostic du prurigo nodulaire est histologique.
- Chez le sujet fragile, atteint de dermite atopique sévère, les anticorps monoclonaux sont recommandés

Trouvez la bonne réponse !

- A. L'histamine joue un rôle majeur dans la Physiopathologie du prurigo nodulaire.
- B. Un syndrome métabolique doit être recherché chez l'adulte atteint de dermite atopique.
- C. L'impact du prurigo nodulaire sur la qualité de vie est réel quoique inférieur à celui du psoriasis ou de la dermite atopique.
- D. Les anti-JAK peuvent être prescrits chez l'enfant à partir de 6 ans.
- E. Le prurit du prurigo nodulaire se localise exclusivement sur les nodules.

Retrouvez les réponses pages 82 à 87.

Microbiome, microbiote, bactériophages...quand les micro-organismes deviennent nos alliés. Pourquoi et comment le dermatologue est-il concerné, pour ses patients, en 2022 ?

Geneviève HERY-ARNAUD, Bruno SASSOLAS, Rozenn LE BERRE (Brest).

Article rédigé par le Dr Yves ROUBEIX – Dermatologue.

Le microbiote participe à de nombreuses fonctions biologiques qui peuvent déjà et pourront être orientées au profit de la santé des patients.

Geneviève HERY-ARNAUD, infectiologue, Brest.

Homo sapiens ? Une espèce hybride !

Le corps humain est constitué pour moitié de cellules humaines et pour l'autre moitié de bactéries, soit 30 000 milliards de bactéries.

Ce corps comporte différents écosystèmes : oral, nasal, urogénital, gastro-intestinal et bien sûr cutané.

L'écosystème cutané est globalement peu favorable à la croissance bactérienne, en raison de sa sécheresse et de son pH acide (4 à 6).

À l'exception des zones riches en glandes sudorales et sébacées, humides et riches en nutriments.

C'est ainsi que les régions pileuses et les aisselles sont de véritables gîtes microbiens.

Caractéristiques du microbiote cutané :

- **Un bestiaire diversifié**, comprenant bactéries, virus (1 million par cm²), archées et eucaryotes (champignons micromycètes, acariens).
- **Une composition**, variable en fonction des sites anatomiques, en moyenne :
 - 50 % d'*Actinobacteria* (Corynébactéries, *Cutibacterium acnes*),
 - 25 % de *Firmicutes* (staphylocoques, streptocoques),
 - Le quart restant se partageant entre *Proteobacteria* (entérobactéries, *Pseudomonas*, *Roseomonas*) et *Bacteroidetes* (bacilles anaérobies stricts).
- **Deux types de microbiotes**, en compétition l'un envers l'autre :
 - Un microbiote résident composé de staphylocoques à coagulase négative, corynébactéries, microcoques, *Cutibacterium acnes* ;
 - Un microbiote transitoire, d'origine digestive ou par contact, non adapté à la peau.
- **Une résilience**, en ce sens que le nombre de certaines bactéries, dites sentinelles (staphylocoques et corynébactéries), est à la fois important et stable.
- **Une maturation**, de la naissance à l'âge adulte :
 - Les différences de composition, selon que l'accouchement a eu lieu par voie basse ou par césarienne, s'estompent au bout d'un mois.
 - Au cours de la première année de vie, les staphylocoques et streptocoques sont prédominants, puis s'installent *Actinobacteria* et *Proteobacteria*, et enfin *Bacteroidetes*, l'ensemble aboutit à une biodiversité essentielle pour l'homéostasie cutanée.

Des perturbations précoces causées par une antibiothérapie sont corrélées à des dermatoses à l'âge adulte.

- **Une biogéographie cutanée** qui permet de reconnaître 3 groupes :

- **Groupe aisselles et aines**, zones humides par la présence des glandes sudorales, riches en *Staphylococcus* et *Corynebacterium* ;
 - **Groupe tête et tronc**, zones séborrhéiques, riches en *Cutibacterium* ;
 - **Groupe mains et fesses**, zones sèches avec abondance de *Proteobacteria* et autres phyla.
- **Un individu = un microbiote cutané**, véritable signature personnelle, au même titre qu'une empreinte digitale !
 - **Nombreux acteurs de variabilité**, le microbiote agissant comme biocapteur de son micro-environnement : soins d'hygiène, produits cosmétiques, antibiotiques, âge, sexe, ethnie etc.

Le rôle du dermatologue est d'informer le patient sur les soins d'hygiène appropriés pour rétablir la barrière cutanée et renforcer la barrière immunitaire en régulant le microbiome cutané.

Ainsi les émoullients ont-ils un impact positif sur la dysbiose cutanée observée au cours de l'eczéma atopique, avec correction de l'excès de *Staphylococcus*.

- **Effet protecteur du microbiote cutané :**
 - Contre les infections, *Staphylococcus epidermidis* joue un rôle considérable par le biais d'un phénomène de compétition, par la production de protéases à sérine et par la stimulation de la synthèse kératinocytaire de peptides antimicrobiens ;
 - Contre les tumeurs, *Staphylococcus epidermidis* aurait un effet protecteur en inhibant l'activité ADN polymérase.
- **Le microbiote cutané booste le système immunitaire** en contrôlant les pathogènes et induisant une tolérance envers les commensaux. Les pathologies cutanées, tels le psoriasis et l'eczéma atopique, sont liées à une diminution de la diversité du microbiote.

- **L'axe intestin-peau :**

Le microbiote intestinal fonctionne comme un hub auquel tous les autres microbiotes sont reliés. Ce microbiote a une action à distance sur l'écosystème cutané : des bactéries intestinales comme *Faecalibacterium*, en fermentant les fibres alimentaires, produisent des acides gras à chaîne courte qui se comportent comme des immunométabolites et induisent une tolérance immunitaire au niveau de la peau.

De nombreuses pathologies s'accompagnant d'une dysbiose intestinale ont ainsi une répercussion sur la peau.

En perspective :

- Compréhension des pathologies dermatologiques.
- Invention de biomarqueurs pour leur diagnostic, leur pronostic et leur suivi.
- Possibilité de nouveaux traitements, de transplantation de microbiote cutané et d'utilisation des phages.

Bruno SASSOLAS, dermatologue, Brest.

Chez le sujet atteint de dermite atopique, la composition du microbiote cutané varie selon qu'il est prélevé en peau saine ou en peau malade.

Les micro-organismes contribuent à initier et amplifier la boucle inflammatoire à l'intérieur de la peau.

Parmi les facteurs de risque de survenue d'une dermite atopique se trouve un faible degré d'exposition microbienne ayant pour corollaire une insuffisante diversité du microbiote cutané. Dans cette affection, *Staphylococcus aureus* a un rôle pro inflammatoire, de stimulation immunitaire par le biais de super antigènes, de formation de biofilm favorisant son adhésion et l'auto-entretien de la maladie.

Il existe donc une interaction entre barrière cutanée, microbiote et système immunitaire.

Le microbiote cutané de la dermatite atopique est différent de celui du psoriasis, eux-mêmes différents du microbiote d'un sujet sain : notion d'une dysbiose spécifique à chaque dermatose. Cette dysbiose propre à chaque maladie a pour conséquence une expression différente des gènes situés à la surface de la peau, ce que l'on désigne sous le nom de transcriptome, et la pérennisation de l'inflammation.

Interventions thérapeutiques sur le microbiote dans la dermatite atopique :

L'application d'une crème à base de *Roseomonas mucosa* ou de *Staphylococcus hominis* permet de diminuer la quantité de *Staphylococcus aureus* et d'améliorer l'état cutané.

Chez le sujet porteur d'une plaie chronique, on constate une interaction entre le biofilm présent à la surface de la plaie et le système immunitaire inné, qui se potentialisent mutuellement.

À la surface de l'ulcère de pied du diabétique, il existe une diminution globale de la diversité microbienne associée à une présence en excès de *Firmicutes*, responsables d'un retard de cicatrisation.

Dans les vaisseaux spatiaux, les conditions d'hygiène étant plus rudimentaires que sur terre, les problèmes dermatologiques font partie des événements médicaux les plus souvent rapportés. Dans l'espace, en une heure, une seule personne rejette 10 millions de bactéries et levures dans l'environnement.

La production de collagène dermique est augmentée et il existe un amincissement de l'épiderme.

Enfin, la diversité du microbiote diminue et la proportion de levures du genre *Malassezia* augmente, mais la situation se normalise au retour, ce qui objective la stabilité du microbiote cutané en conditions normales.

Rozenn Le Berre, bactériologue, Brest.

Bactériophages, probiotiques, régime riche en fibres : des nouveaux traitements en dermatologie ?

La résistance aux antibiotiques de *Cutibacterium acnes* va en augmentant : 20 à 70 % des souches résistent aux macrolides (érythromycine) et 4 à 30 % aux tétracyclines.

Une alternative thérapeutique pourrait être l'utilisation contre *C.acnes* de virus, appelés bactériophages, dont il a été montré une abondance en peau saine, supérieure à la peau acnéique. C'est le concept de la phagothérapie.

On distingue deux types de phages :

- D'une part, les phages lytiques, spécifiques d'une espèce bactérienne, détruisant les bactéries et jouant un rôle dans la régulation de leur quantité : ce sont eux qui, administrés au contact des bactéries ou plus rarement par voie systémique, sont utilisés en phagothérapie ;
- Les phages tempérés qui intègrent leur génome dans le chromosome bactérien, jouant ainsi un rôle dans l'évolution des bactéries : ils sont utilisés en biologie moléculaire.

Les mécanismes de défense des bactéries contre les phages sont nombreux, par modification ou dissimulation des récepteurs membranaires, empêchant la fixation des phages. Ou bien par le mécanisme d'infection abortive, par lequel la bactérie sur laquelle s'est fixé un phage va s'autodétruire. Ou encore en détruisant le matériel génétique du phage.

Une étude in vitro a montré qu'un cocktail de 3 phages a été actif sur la quasi-totalité des souches de *C. acnes*, dont certaines résistantes aux antibiotiques. Le profil de sécurité était bon : absence de toxines, de gènes de virulence ou de gènes de résistance aux antibiotiques.

Une autre étude sur des sujets atteints d'acné légère ou moyenne a montré après 3 semaines une diminution significative du nombre de *C. acnes* sur la peau, ce qui ne permet pas de préjuger d'une efficacité clinique, et l'absence d'effet secondaire notable.

Une autre étude est en cours pour le traitement de l'ulcère du pied chez le diabétique, infecté par le staphylocoque doré, par un topique à base de phages.

Au cours du mélanome :

- Chez la souris traitée par anti-PD1, la transplantation de microbiote fécal issu de patients répondeurs aux anti-PD1 a entraîné une diminution plus importante de la taille de la tumeur. Ceci semble indiquer l'existence d'un lien entre la réponse aux anti-PD1 et la composition du microbiote digestif.
- Chez l'homme, sur 16 patients non-répondeurs aux anti-PD1, 6 le sont devenus après transplantation de microbiote fécal. Les malades recevant un régime alimentaire riche en fibres ont un taux de survie sans récurrence plus élevé.

Mais les probiotiques n'ont pas montré d'efficacité sur la survie des patients et ont eu un effet délétère chez la souris.

Messages clés :

- **Le microbiote cutané booste le système immunitaire.**
- **Dans la dermite atopique, la correction de la dysbiose permet d'améliorer l'état cutané.**
- **La phagothérapie est porteuse d'espoir dans le traitement de l'acné et du mélanome métastatique.**

QUIZ DE FORMATION

Cherchez la réponse exacte !



- Seules les altérations du microbiote cutané peuvent avoir une répercussion sur la peau.
- La composition du microbiote cutané est la même en tout endroit du corps.
- En phagothérapie, le mode d'administration des phages est principalement systémique.
- Un régime alimentaire riche en probiotiques améliore la survie des malades atteints de mélanome métastatique.
- Staphylococcus epidermidis* a un effet protecteur contre les infections cutanées.

Cherchez la réponse exacte !

- La dysbiose observée au cours de la dermite atopique est différente de celle du psoriasis.
- La transplantation de microbiote fécal permet que tous les malades atteints de mélanome métastatique deviennent répondeurs aux anti-PD1.
- Les différences de composition du microbiote cutané, selon que l'accouchement a eu lieu par voie basse ou par césarienne, persistent toute la vie.
- Les microbiotes intestinal et cutané fonctionnent indépendamment l'un de l'autre.
- L'écosystème cutané est un milieu très favorable à la croissance bactérienne.

Retrouvez les réponses pages 82 à 87.

Dermatoses : et si le coupable était le travail !

Pierre MARCANT (Lille), Marie-Noëlle CREPY (Paris).

Article rédigé par le Dr Yves ROUBEIX – Dermatologue.

Optimiser la prise en charge des dermatoses professionnelles nécessite de savoir les reconnaître et les relier à leur cause.

Leur prévention repose, entre autres, sur le port de gants qui en sont eux-mêmes parfois responsables !

Les dermatoses professionnelles constituent une part importante du nombre total des maladies professionnelles, estimée entre 20 et 34 %.

85 à 98 % des dermatoses professionnelles sont liées au contact, le plus souvent irritant (80 %), parfois allergisant (20 %) ; elles concernent en général les mains (80 %), moins souvent le visage (10 %).

Des maladies aussi variées que la gale, l'érysipèle, l'eczéma de contact, la syphilis, la maladie de Bowen, la maladie de Lyme ou l'acné, peuvent être des maladies professionnelles et répertoriées comme telles sur un tableau qui leur est dédié.

Historiquement, les premières maladies professionnelles décrites ont été le cancer épidermoïde du scrotum des ramoneurs (Sir Percival Pott en 1775), puis la syphilis des souffleurs de verre (Pr Rollet en 1858).

Les maladies professionnelles ont évolué avec l'avènement de nouvelles techniques médicales comme la radiologie et l'apparition de radiodermatites et de carcinomes épidermoïdes consécutifs. Mais aussi avec l'industrialisation et l'apparition du risque chimique, résines et goudrons par exemple.

De ce fait, le nombre de maladies professionnelles a considérablement crû, passant de 2 en 1919, date de création du tableau, à 112 en 2022.

Le diagnostic repose en premier lieu sur l'interrogatoire :

- Le cursus laboris retrouve toutes les professions ayant été exercées, le délai de prise en charge des lésions cancéreuses pouvant se compter en dizaines d'années.
- Il faut détailler le poste et avec précision la tâche effectuée.
- Se renseigner sur l'éventuelle rythmicité professionnelle.
- Savoir si cette maladie a un caractère purement individuel ou collectif.
- Sans oublier d'enquêter sur de possibles origines extraprofessionnelles.

On peut classer les dermatoses professionnelles en 2 catégories, selon qu'elles sont d'origine professionnelle exclusive ou bien aggravées par l'exercice professionnel.

Les dermatoses exclusivement professionnelles peuvent être :

- Dues à des agents chimiques : acné au brai de houille (crésol) chez un employé des chemins de fer ;
- Dues à des agents physiques : tatouage de charbon chez un ancien mineur de fond ;
- Dues à des agents vivants : infection à *Mycobacterium marinum* chez un employé d'animalerie ;
- Des cancers liés à l'exposition solaire chronique.

Les dermatoses aggravées par le travail sont par exemple l'eczéma atopique et le travail en milieu humide ou bien le psoriasis et les traumatismes (phénomène de Koebner).

Les dermatoses de contact comprennent la dermatite allergique, la dermatite irritative, la dermatite de contact aux protéines et l'urticaire de contact.

Schématiquement, les signes des dermatites allergiques de contact et irritatifs de contact diffèrent :

En cas de dermatite allergique de contact : les lésions ont des bords émiettés, leur topographie peut déborder la zone de contact, elles sont prurigineuses, n'atteignent que peu de sujets en contact avec le produit et les tests épicutanés sont positifs.

En cas de dermatite irritative de contact, les lésions ont des bords nets, leur topographie est limitée à la zone de contact, elles engendrent une sensation de brûlure, atteignent la plupart des personnes en contact avec le produit et les tests épicutanés restent négatifs.

Plusieurs voies de contact sont possibles en cas de dermatite allergique de contact des paupières : directe, manuportée et aéroportée.

Les tests épicutanés :

- Font appel à la batterie standard européenne et aux ajouts du REVIDAL/GERDA.
- Il faut aussi tester les produits apportés par le patient en évitant toutefois les produits corrosifs de pH inférieur à 3 ou supérieur à 10 : en cas de doute, se reporter à la fiche de données de sécurité du produit (FDS).
- Et se préoccuper du véhicule et de la concentration (livre de référence : De Groot).
- Les batteries spécialisées concernent la coiffure, la boulangerie, le caoutchouc, les résines époxy, les plantes les métaux, le méthacrylate, les plastiques et colles, les huiles industrielles, les isocyanates etc.

La dermatite de contact aux protéines se caractérise par un eczéma chronique des mains avec exacerbations quelques minutes après le contact : prurit, vésicules, œdème, urticaire

Les tests épicutanés sont négatifs, ce qui peut la faire évoquer : les prick tests et la recherche des IgE spécifiques la confirmeront.

Les professions concernées sont surtout les métiers de la restauration et de l'alimentation ainsi que ceux en contact avec les animaux.

L'atopie est un important facteur de risque, retrouvé dans plus d'un cas sur deux.

L'urticaire de contact est constatée dans les mêmes secteurs d'activité que la dermatite de contact aux protéines et se teste par des prick tests.

Les produits responsables sont les protéines du latex, les protéines animales et végétales.

Il existe un risque d'asthme, rhinite et conjonctivite allergiques, et même d'anaphylaxie.

Le traitement requiert l'éviction, seul traitement étiologique.

- Sur le plan symptomatique, dermocorticoïdes, tacrolimus topique ; l'alitrétinoïne trouve sa meilleure indication dans les formes kératosiques.
- Préventivement, il faut utiliser une solution hydro-alcoolique ou un pain surgras plutôt que le savon pour le lavage des mains.
- Éviter les savons antiseptiques (Hibiscrub®).
- Rincer parfaitement et sécher en tamponnant délicatement.
- Attendre que les mains soient bien sèches avant d'enfiler les gants, lesquels ne devraient pas être portés plus de 30 minutes d'affilée.

Point sur les gants en caoutchouc

Ils en existent de deux sortes :

- Les gants en caoutchouc naturel, ou latex ;
- Les gants en caoutchouc synthétique, dérivé du pétrole : nitrile, butyle, chloroprène etc.

Les accélérateurs de vulcanisation, présents dans tous les gants de caoutchouc, naturel ou synthétique, sont les premiers responsables d'eczéma de contact aux gants de caoutchouc. Le diagnostic de l'eczéma aux gants de caoutchouc repose sur les patch-tests : batterie standard européenne et batterie caoutchouc/gants. En l'absence de batterie, il est tout à fait possible de tester un fragment du gant utilisé par le patient.

D'autres allergènes sont moins souvent rencontrés :

- Antioxydants dérivés de la para phénylène diamine (PPD) dans les gants de couleur noire ou foncée, ou d'autres objets tels les pneus de voitures ;
- Biocides, dérivés des isothiazolinones, trouvés dans 50 % des gants analysés.

L'urticaire de contact au latex, allergie de type immédiat, se rencontre moins souvent qu'il y a quelques années. Son diagnostic repose sur les pricks tests et le dosage des IgE latex R + K82.

Elle incite à utiliser des gants en caoutchouc synthétique.

- **Les gants plastiques**, principalement en vinyle, peuvent plus rarement entraîner une allergie par l'intermédiaire d'agents plastifiants, d'antioxydants, de biocides, de colorants.
- **Les gants en cuir** destinés à protéger les mains des travailleurs manuels peuvent être sources d'eczéma en raison de la présence de chrome.

Alors, quels gants choisir ?

Tenir compte de la profession et de ses contraintes : besoin de protection contre les traumatismes ou contre les produits chimiques dangereux, nécessité de l'asepsie etc.

Savoir que certains produits chimiques comme les résines époxy et les acrylates sont susceptibles de diffuser à travers les gants, même intacts, en quelques minutes.

Les gants à usage unique, fins et de faible protection chimique, sont destinés à un usage médical ou alimentaire. Éviter, par économie, de les réutiliser.

Les gants réutilisables sont plus épais, durables, résistants, adaptés au secteur de l'industrie.

Dans tous les cas, il faut vérifier que les gants soient adaptés et propres à l'intérieur comme à l'extérieur.

Pour les patients allergiques aux accélérateurs de vulcanisation du caoutchouc, des gants accelerator free sont récemment apparus : gants chirurgicaux Finessis® (Ansell), gants d'examen Micro-Touch® (Ansell) en nitrile.

Messages clés :

- **Les tests épicutanés ne sont positifs qu'en cas de dermite de contact d'origine allergique, pas lors d'une dermite de contact irritative, ni d'une dermite de contact aux protéines, ni d'une urticaire de contact.**
- **Tous les gants en caoutchouc, qu'il soit naturel (latex) ou synthétique (nitrile, butyle, chloroprène), contiennent des accélérateurs de vulcanisation.**



QUIZ DE FORMATION

Quelle est l'affirmation exacte ?

- Les dermatoses professionnelles de contact sont majoritairement d'origine allergique.
- En cas d'allergie aux gants de latex, la solution est de les remplacer par des gants en nitrile.
- Pour le lavage des mains, il faut privilégier le savon de Marseille plutôt que la solution hydro-alcoolique.

- D. Des gants en caoutchouc dépourvus d'accélérateurs de vulcanisation sont sur le marché.
- E. L'urticaire de contact est constamment bénigne.

Quelle est l'affirmation exacte ?

- A. Il faut changer de gants toutes les 2 heures.
- B. Il n'y a plus de chrome dans les gants en cuir.
- C. Il faut éviter de tester des produits de pH inférieur à 5 ou supérieur à 8.
- D. Aucun produit chimique ne peut traverser des gants intacts.
- E. L'atopie est un facteur de risque de la dermite de contact aux protéines.

Retrouvez les réponses pages 82 à 87.

Symposium Bioderma.

Allergies de contact chez les enfants atopiques.

Olivier AERTS (Anvers)

Article rédigé par le Dr Yves ROUBEIX – Dermatologue.

La prévalence de l'allergie de contact est de 30 % chez l'enfant atopique alors qu'elle n'est que de 20 % en population pédiatrique générale.

Quand faut-il y penser ?

En cas d'eczéma très localisé, en cas de poussée d'eczéma, en cas enfin d'eczéma résistant aux traitements.

Patch-tests chez les enfants.

Ils sont sans danger, quel que soit l'âge.

On utilise les mêmes concentrations que chez l'adulte, sauf cas de grande intensité de la dermatose.

Il existe une batterie standard « pédiatrique ».

Ne pas oublier, comme chez l'adulte, de tester les produits cosmétiques et jouets personnels, ainsi que les dermocorticoïdes utilisés.

Les résines époxy ne sont pas l'apanage des eczémas professionnels de l'adulte mais peuvent être trouvées dans les jouets, de même que les méthacrylates.

Eczéma généralisé chez une fillette atopique

Avec atteinte péri-oculaire prédominante.

Les patch-tests sont positifs aux fragrances mix et au linalool.

Il s'agit d'un eczéma aéroporté et systémique, secondaire à l'huile essentielle de lavande (linalool) contenue dans un diffuseur, destiné à améliorer l'asthme du petit frère !

La confusion avec une poussée de dermatite atopique est facile à faire.

D'autres produits peuvent être responsables de dermatite allergique du visage : la colophane, la paraphénylènediamine PPD (tatouage au henné), l'octocrylène (certaines crèmes anti-solaires).

Urticaire de contact

Il survient rapidement, en quelques minutes.

Il est d'origine immunologique et potentiellement dangereuse (camomille, phénoxyéthanol, protéines de blé hydrolysées) ou non immunologique (benzoate de sodium-acide benzoïque, sorbate de potassium, acide sorbique).

Chéilite de contact

Ce sont les appareils orthodontiques qui peuvent être en cause, par l'intermédiaire du nickel, de l'étain, du chrome ou du palladium.

Il s'ensuit un eczéma péri oral et des lèvres, sans lésions intrabuccales : en effet, la muqueuse buccale est plus résistante que la peau à l'allergie de contact.

Ce peut être aussi certains dentifrices contenant de l'étain.

Dermatite des mains

Après la pose de faux ongles peuvent survenir des réactions eczématiformes, parfois bulleuses, sur les extrémités des doigts, ainsi que sur les paupières ou les lèvres.

Sont en cause les acrylates, méthacrylates ou cyanoacrylates.

Les plantes, particulièrement de la famille des composées, ainsi que les parfums, peuvent encore être responsables d'allergies de contact.

Dermatite des pieds

S'il s'agit de la plante des pieds, certaines mousses de semelles EVA (éthylène-acétate de vinyle) ou bien AA (acétophénone azine) peuvent être en cause.

Ailleurs, ce seront les accélérateurs de vulcanisation du caoutchouc.

S'il s'agit de la face dorsale des pieds, seront incriminés le chrome, le cobalt ou le nickel contenus dans certains cuirs.

Allergie aux couches

Caoutchoucs, résines, colorants ou topiques appliqués sont souvent trouvés responsables.

L'aluminium, allergène de l'année 2022 !

Certains vaccins sont incriminés, ou encore des crèmes solaires, voire des aliments.

L'allergie se manifeste par des nodules sous-cutanés, à type de pseudo-cellulite ou de syndrome de Wells.

Messages clés :

- Chez l'enfant atteint de dermatite atopique, savoir suspecter un contact allergisant.
- Les patch-tests peuvent être pratiqués sans risque.



QUIZ DE FORMATION

Trouvez où se trouve l'affirmation exacte !

- L'allergie aux appareils orthodontiques se manifeste par un eczéma des joues et des gencives.
- Le chrome a disparu de la composition du cuir.
- La concentration des patch-tests doit être adaptée à l'âge de l'enfant.
- Certains dentifrices contiennent de l'étain, source possible de chéilite de contact.
- L'allergie aux couches n'existe pas.

Trouvez où se trouve l'affirmation exacte !

- La prévalence de l'allergie de contact est la même chez l'enfant atopique que chez le non atopique.
- Certaines urticaires de contact sont immunologiques
- Les résines époxy ne sont jamais en cause dans les allergies de contact de l'enfant.
- L'aluminium n'est pas allergisant.
- Il n'y a pas d'eczéma de contact au niveau de la plante des pieds.

Retrouvez les réponses pages 82 à 87.

Symposium Bioderma.

Un impact insoupçonné de l'eczéma révèle par les dessins d'enfants

Magali BOURREL-BOUTTAZ (Lyon)

Article rédigé par le Dr Yves ROUBEIX – Dermatologue.

Chez l'enfant, l'impact de l'eczéma atopique, important sur le plan psychologique, se révèle parfois mieux par le dessin que par la parole.

L'eczéma atopique est un fardeau.

Fardeau pour la famille, avec comme conséquences possibles :

- Une éducation trop stricte ;
- De la jalousie de la part des frères et sœurs ;
- Des conflits dans les familles recomposées ;
- Une focalisation sur l'eczéma ;
- Un épuisement de la famille pour des soins astreignants et peu de résultats ;
- Des troubles du sommeil chez l'enfant et aussi chez les parents.
- Et par-dessus tout cela, le sentiment de culpabilité chez la maman.

Fardeau à l'école :

- Troubles de l'attention ;
- Difficulté pour toute activité sportive ;
- Remarques désagréables de la part des camarades ;
- Avec pour résultat une chute de l'estime de soi.

Fardeau chez l'adolescent :

- Le regard des autres devient insupportable ;
- Refus de se montrer ;
- Refus de consulter ;
- Anxiété, risque de dépression, voire de suicide ;
- Raccourcissement de la durée des études.
- Et un sentiment de honte qui fait mal et dont il ne veut pas parler.

C'est à travers le dessin que s'exprime au mieux l'enfant.

Il lui est demandé de se dessiner lui-même, avec et sans eczéma.

C'est à lui, et à personne d'autre, de donner l'interprétation de son dessin.

- Les 4-5 ans se représentent avec eczéma sans bras ni jambes ni pieds !
- Les 6-7 ans se mettent en scène dans le monde qui les entoure : coincé sans pouvoir sortir de chez soi ou bien sous l'aspect d'un arbre sans feuilles.
- Les 9-10 ans dessinent des visages empreints de tristesse.

En résumé :

- Quand un enfant dessine, il ne parle que de lui.
- Les dessins montrent l'image qu'a l'enfant de lui-même avec et sans eczéma.
- La différence entre les deux dessins révèle un schéma corporel incomplet.
- Image et schéma corporel participent à la construction identitaire : elle est incomplète chez l'atopique.
- L'enfant atopique se construit en insécurité intérieure, en fragilité.

Les solutions existent !

L'éducation thérapeutique qui, de palier en palier, va permettre de traiter, faire comprendre, contrôler, faire confiance et enfin autonomiser.

Messages clés :

- L'eczéma atopique est un fardeau pour l'enfant et son entourage.
- Le dessin autorise l'expression du ressenti de l'enfant vis-à-vis de sa maladie.
- L'éducation thérapeutique aide l'enfant à s'autonomiser et à se construire.



QUIZ DE FORMATION

Quelle est, concernant les enfants atteints d'eczéma atopique, l'affirmation exacte ?

- A. L'état dépressif dont souffrent certains adolescents peut les conduire au suicide.
- B. Les enfants atopiques suivent des études plus longues que la moyenne.
- C. C'est l'adulte, médecin ou psychologue, qui interprète les dessins des enfants.
- D. Les adolescents n'ont aucune difficulté à exposer leur sentiment de honte.
- E. L'éducation thérapeutique a pour finalité d'apprendre au malade à bien suivre son traitement.

Quelle est, concernant les enfants atteints d'eczéma atopique, l'affirmation exacte ?

- A. L'enfant atopique se libère plus facilement par la parole.
- B. L'impact de l'eczéma atopique est surestimé.
- C. L'enfant atopique se construit en fragilité.
- D. Les activités sportives à l'école sont appréciées par l'enfant atopique.
- E. Il n'y a habituellement pas de différence évidente dans la représentation que l'enfant donne de lui-même, avec et sans eczéma.

Retrouvez les réponses pages 82 à 87.

Symposium Bioderma.

Vivre avec l'eczéma atopique, les conseils de l'association française de l'eczéma

Stéphanie MERHAND, Fondatrice de l'Association Française de l'Eczéma.

Article rédigé par le Dr Yves ROUBEIX – Dermatologue.

Peau irritée, démangeaisons incessantes, sommeil perturbé, scolarité interrompue, arrêts de travail, hospitalisation parfois, budget conséquent..

L'eczéma est une maladie chronique affichante, qui concerne tous les âges de la vie et dont l'impact n'est pas seulement physique mais également psychologique.

En forte croissance dans les pays développés, l'eczéma atteint 2,5 millions de Français !

Ce qu'on ne sait pas toujours sur l'eczéma atopique :

- Une maladie imprévisible, avec des poussées survenant du jour au lendemain, ce qui est difficile à supporter.
- Les facteurs déclenchant les poussées sont multiples : pollens (graminées en particulier), pollution, changements de température (canicules...).
- Le regard des autres, leur incompréhension souvent.
- Le poids des proches avec la fameuse injonction : « arrête de te gratter ! ».
- Le sentiment de culpabilité du patient comme de ses parents.
- Une vie sociale perturbée, nécessitant d'adapter les activités en fonction de l'état cutané.
- Des vies étudiante et professionnelle affectées par la maladie.
- Un reste à charge financier important, qu'il s'agisse de l'achat de topiques adaptés aux peaux atopiques, de vêtements, lessive, draps ou de tout ce qui entre en contact avec la peau.

L'eczéma atopique en chiffres :

* Chez l'enfant :

- Un sujet intime que l'enfant ne partage pas facilement :
 - 46 % ne parlent jamais de leur maladie avec leurs amis,
 - 2 % seulement en parlent régulièrement.
- Le reste à charge pour une année est important, s'élevant selon la gravité de la maladie de :
 - 358 € à 878 € pour les enfants ;
 - 408 € à 980 € pour les adolescents.
- Des conséquences psychologiques lourdes :
 - 69 % des cas sévères déclarent avoir été mal à l'aise, tristes ou malheureux à cause de leur maladie au cours de la semaine passée.
 - 22 % des enfants présentent des troubles du sommeil.

* Chez l'adulte :

- 13 à 21 % ont déjà eu un arrêt de travail en relation avec leur maladie.
- Au travail, 35 % des patients atteints d'eczéma atopique sévère pensent souvent, très souvent ou en permanence à leur maladie.

- 70 % des malades déclarent que leur vie sexuelle est perturbée.

L'Association Française de l'Eczéma

Est une association de patients indépendante, créée en 2011 pour soutenir les malades et leurs familles.

Regroupe les patients souffrant de toutes les formes d'eczéma : dermatite atopique, eczéma chronique des mains, eczéma de contact...

En 2020, l'Association Française de l'Eczéma a évolué pour soutenir aussi les malades souffrant des atteintes oculaires liées à l'eczéma (conjonctivites, kératites, kératocônes).

Les missions de l'association sont d'informer, d'éduquer, de soutenir la recherche et de rompre l'isolement des patients et des familles.

La volonté de l'association est d'aider les patients à améliorer leur quotidien, en collaboration étroite avec les professionnels de santé.

Témoignages de patients sur le vécu de leur eczéma :

- Une douleur physique et psychologique !
- L'horreur d'une histoire sans fin !
- Des démangeaisons à en devenir folle, des traitements à n'en plus finir... Pour voir les poussées revenir...
- Une maladie horrible que beaucoup de gens ne comprennent pas !

Moyens d'information mis en place par l'association :

- Eczéma magazine et Eczéma magazine junior.
- Bande dessinée pour adultes (tomes I et II).
- Master classes, réunions en ligne pour les patients : <https://entre-peaux.com>
- Podcasts pour pouvoir témoigner et passer des messages : www.leczemadanslapeau.com
- Campagnes de sensibilisation en pharmacie.
- Un site internet actif : www.associationeczema.fr
- Réseaux sociaux : Facebook, Instagram, Twitter

Organisation de rencontres entre patients :

- Camps de familles ou camps d'enfants.
- Journée nationale de l'eczéma : 9e édition de cette journée le 3 juin 2023.
- Ateliers de yoga-thérapie et de danse-thérapie (hôpitaux Tenon, Trousseau, Saint Louis).
- Course à pied : la PEAUsitive Race.

Messages clés :

- L'eczéma perturbe la vie quotidienne du malade et de son entourage.
- L'impact de l'eczéma est à la fois physique et psychologique.
- L'Association Française de l'Eczéma œuvre au soutien des patients et de leurs familles



QUIZ DE FORMATION

Trouvez l'affirmation exacte !

- L'Association Française de l'Eczéma est financée par le ministère de la santé.
- La vie sexuelle n'est que rarement et faiblement perturbée par la maladie.
- La prévalence de l'eczéma diminue dans les pays développés.
- Des campagnes de sensibilisation sont organisées dans les cabinets médicaux.
- L'association organise une course à pied.

2. Trouvez l'affirmation exacte !

- A. 10 millions de Français sont atteints d'eczéma atopique.
- B. L'Association Française de l'Eczéma ne concerne pas que les personnes atteintes d'eczéma atopique.
- C. Les changements de température n'ont pas d'influence sur la survenue des poussées d'eczéma.
- D. Un adulte sur deux, atteint d'eczéma atopique, a déjà eu au moins un arrêt de travail en relation avec sa maladie.
- E. La sécurité sociale et les mutuelles font que le reste à charge pour le patient atteint d'eczéma atopique est négligeable.

Retrouvez les réponses pages 82 à 87.

Annoncer une « mauvaise » nouvelle en onco-dermatologie

Mélanie SAINT-JEAN (Nantes), Lucie PEUVREL (Nantes), M. AUGER

Article rédigé par le Dr Laure Bellange - Allergologue

Comment transmettre une mauvaise nouvelle ?

Le premier plan cancer de 2003 a laissé la place à un dispositif d'annonce précis : premier temps médical, puis débriefing avec un infirmier, puis discussion des soins de support, puis transmission au médecin de ville.

Même si tout est bien fait, l'annonce constitue un traumatisme (violence-surprise-impuissance), une effraction psychique pour le patient. Aucun médecin n'a envie d'annoncer une mauvaise nouvelle. Aucun patient n'a envie de la recevoir.

Le psychisme va mettre en place des mécanismes de défense. Il ne choisit pas sa réaction face à une mauvaise nouvelle, cela se met en place de façon inconsciente, automatique. Les buts sont de se protéger à court terme, pour « digérer » l'annonce et faire face, ne pas s'effondrer. Ce n'est pas parce que le patient réagit mal que l'annonce a été mal faite. Le médecin doit essayer de déculpabiliser face à des réactions de patients agressives ou dépressives.

Parfois, l'attention du patient se focalise sur une plainte, qui n'apparaît pas forcément en adéquation avec les problèmes majeurs perçus par les médecins. Par exemple, un patient avec de multiples carcinomes, en prise en charge palliative. L'équipe médicale est plutôt préoccupée par les lésions cutanées, avec plaies et infections, et défiguration. Le patient est lui gêné par son syndrome paranéoplasique qui réduit sa vue. Son mécanisme de défense est de focaliser son attention sur autre chose que le problème principal, il met à distance le diagnostic principal et son pronostic effroyable. Il déplace le problème sur un terrain moins menaçant. En pratique, si on met en place un mécanisme de défense, c'est qu'au fond, on a compris le problème, mais que le traumatisme est trop grand pour en parler directement. Il faut comprendre que le patient a besoin de regarder de biais le problème, mais il le regarde quand même. Si on le force à s'axer sur le problème principal, c'est violent et douloureux pour lui. Et on risque de perdre l'alliance thérapeutique. Il faut mieux aller dans son sens.

Une autre tentative de défense est de garder le contrôle, en utilisant la rationalisation et des attitudes obsessionnelles, par exemple en s'intéressant à toutes les études cliniques sur le sujet. Le risque pour le soignant est de se sentir agressé et de se sentir remis en question. Il faut essayer de cadrer pour contenir l'angoisse. Mais il faut valider ce que vit le patient sans le confronter.

Un autre mécanisme est le déni, voire la dénégation. C'est une exclusion active et inconsciente de certaines informations. Il ne faut pas hésiter à faire une information parcellaire, et revoir le patient plusieurs fois, en lui proposant d'être accompagné, et en lui demandant ce qu'il veut savoir. Si on veut donner trop d'informations d'un coup, le patient va tout « effacer ».

Les mécanismes de défense vont évoluer au fil du temps et des consultations. Il va falloir s'adapter.

Pour le médecin, on peut avoir des réticences à annoncer la mauvaise nouvelle : coût psychologique de transmission de la mauvaise nouvelle, préoccupations du médecin pour les réactions émotionnelles du patient, préoccupations liées aux normes sociales qui régissent la relation. Cela confronte le médecin au paradoxe de la toute-puissance médicale, à la question de la vérité. L'annonce peut déclencher de la détresse chez le médecin, avec un sentiment d'échec et de culpabilité, et la perte de contrôle et sentiment d'impuissance. Il peut y avoir une identification projective.

Les temps de silence sont très importants dans le travail psychique du patient.

Messages clés :

- Les annonces de mauvaises nouvelles ne sont jamais simples.
 - Il faut prendre en compte le vécu du patient et le vécu du médecin.
 - Le médecin ne doit pas prendre de façon personnelle les mécanismes de défense du patient.
 - Il ne faut pas hésiter à travailler en équipe, et discuter des cas qui nous atteignent.
-



QUIZ DE FORMATION

Devant une suspicion de mélanome :

- A. Il faut tout expliquer rapidement au patient.
- B. Il faut lui annoncer progressivement, en utilisant des mots-clés, et en proposant de le revoir.
- C. Il ne faut rien dire et attendre la confirmation diagnostique.

Retrouvez les réponses pages 82 à 87.

Le burn-out chez les dermatologues : mythe ou réalité ?

Tristan HALLOUIN (Brest), Charles TAÏEB (Paris)

Article rédigé par le Dr Laure Bellange - Allergologue

*« L'épuisement professionnel des soignants est une maladie de l'âme en deuil de son idéal. »
Freudenberger.*

Tristan Hallouin (Brest)

Le burn-out est un concept apparu dans les années 70, qui signifie littéralement « combustion totale », et désigne un syndrome d'épuisement des ressources physiques et psychiques, qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail potentiellement exigeantes. Il faut le différencier du workaholisme et de la dépression.

En clinique, on utilise le modèle tridimensionnel de Maslach et Jackson : sentiment d'épuisement émotionnel, désinvestissement de la relation à l'autre et désinvestissement de son travail, diminution du sentiment d'accomplissement personnel dans le travail.

Le burn-out n'est pas considéré comme une maladie actuellement, ni au niveau de l'OMS, ni dans le DSM-V et la CIM-11. Les recommandations de la Société Française de Santé au Travail sont d'indiquer : trouble anxiodépressif réactionnel au travail.

Les causes sont à rechercher à l'interface de l'environnement et de l'individu. La cause la plus fréquemment avancée est la charge de travail. Viennent ensuite, le faible soutien social dû à la solitude en exercice libéral, le manque de marge de manœuvre, un sentiment de reconnaissance insuffisant du travail accompli, les conflits de valeur.

Les conséquences sont des troubles dépressifs et anxieux, avec troubles du sommeil et consommation excessive d'alcool. Il y a aussi plus de maladies cardiovasculaires et de troubles musculosquelettiques.

Des indicateurs pour les médecins sont corrélés au soignant (l'âge jeune, « hardiesse » dans le travail), à la confrontation à des pathologies potentiellement graves, et les caractéristiques de l'organisation du travail (ergonomie du lieu de travail, organisation du travail, soutien ou absence de soutien).

Dans les solutions, il faut mettre en place des réflexions sur l'évolution de la relation médecin/malade, le poids de la responsabilité. Il y a aussi des solutions organisationnelles, avec un soutien des équipes. Sur le plan individuel, on peut mettre en place des stratégies de « coping ».

Charles Taïeb (Paris)

Présentation de l'étude évaluant le burn-out chez les dermatologues :

Un questionnaire digital incluant le Maslach Burnout Inventory, les caractéristiques professionnelles, et des caractéristiques personnelles (sexe, statut marital, religion...) a été envoyé à tous les dermatologues français via la FFFCEDV.

650 dermatologues ont répondu au questionnaire, dont 81 % de femmes. 78 % déclarent une activité libérale.

Près d'un dermatologue français sur deux présente des signes de burn-out, 29,3 % de burn-out léger, 15,6 % modéré, et 3 % sévère.

Un secrétariat physique, le temps de travail hebdomadaire, être confronté à des patients vindicatifs ou agressifs, la satisfaction des revenus sont des facteurs influençant le risque de burn-out.

Ceci est assez proche des résultats publiés en médecine générale.

Il y a deux suicides de soignant tous les 3 jours en France. Un étudiant en médecine se suicide tous les 18 jours.

Messages clés :

- Il ne faut pas hésiter à demander une aide extérieure si on ressent des signes de burn-out.
 - Il faut savoir se protéger en mettant des garde-fous, et en ayant un rythme de vie stable incluant une activité sportive.
 - On fait un métier centré sur les autres mais il ne faut pas s'oublier.
-



QUIZ DE FORMATION

Comment limiter le burn-out au cabinet ?

- A. Ne pas répondre à toutes les sollicitations digitales (sms, mails etc.) immédiatement.
- B. Dire oui à toutes les exigences des patients afin d'éviter les conflits.
- C. Travailler seul, sans secrétaire.

Comment garder sa santé mentale ?

- A. Avoir un cabinet ergonomique, et être bien dans sa vie personnelle.
- B. Arrêter de s'auto-centrer, et se rappeler que beaucoup de métiers sont plus durs.
- C. Regarder toutes les plaintes et mauvaises nouvelles sur les réseaux sociaux et chaînes d'information.

Retrouvez les réponses pages 82 à 87.

Accès aux consultations en dermatologie dans un contexte de pénurie médicale : limites et solutions

Christian DERANCOURT (Gap), Nicole JOUAN (Brest), Thomas JOUARY (Pau)

Article rédigé par le Dr Laure Bellange - Allergologue

La grande difficulté d'accès pour tous aux consultations médicales va rester en France un sujet crucial pour les 10 à 15 ans à venir, correspondant au creux de la vague des médecins actifs, et les dermatologues sont particulièrement concernés.

Christian Derancourt (Gap), Les 3 raisons majeures de la difficulté d'accès au soin sont la démographie médicale en berne, les habitudes prises par la population de consulter pour des motifs inutiles, et les compétences en dermatologie des médecins généralistes (MG) éminemment variables car nécessite de formation pratique au diagnostic clinique.

Les conséquences sont le surmenage professionnel, le repli sur soi, le manque d'interaction MG/dermatologue, la peur du juridique, et la surspécialisation des activités (esthétique, ou oncodermatologie).

Pour limiter les difficultés d'accès aux consultations, il y a possibilité d'adressage et de priorisation, ce qui est de plus en plus difficile, d'une part par le temps que cela demande, et d'autre part par le déploiement des plateformes électroniques de prise de rendez-vous.

Les plages sans rdv ou la télé expertise peuvent être des aides pour faciliter l'accès au soin. Le CNOM conseille de participer à des CPTS.

Nicole Jouan (Brest),

Entre 2010 et 2022, il y a eu 310 dermatologues formés en moins. Actuellement, il y a 3 078 dermatologues, 868 hospitaliers, 1 635 libéraux, 575 mixtes. D'après la CARMF il y a une baisse d'effectif de 21 % en 15 ans. Même dans des endroits qui semblent bien dotés, il y a localement des disparités. 48 % des dermatologues ont plus de 60 ans.

En parallèle, la population française a fortement augmenté.

La moyenne des délais de consultation est de 95 jours d'après une enquête de what's up doc. À noter que plus de 1000 dermatologues ont été injoignables à 3 reprises.

Cela entraîne une perte de chance pour les patients, un renoncement aux soins des patients les plus fragiles, une agressivité des patients, et un burn-out des médecins.

Que faire ? Voici une liste de pistes :

Améliorer la communication MG et dermatologue, et retrouver le rôle de second recours.

Former les MG, déléguer mais jusqu'où ? Et quoi ?

Encourager l'installation des jeunes : développer les stages libéraux.

Revoir l'organisation : intelligence artificielle, délégation des tâches.

Éduquer les patients au bon usage du système de soins.

Traquer les actes inutiles (dépistages).

Thomas Jouary (Pau)

Comment répondre à la multitude de demandes de consultations dermatologiques en milieu hospitalier ? Comment cibler les patients qui en ont le plus besoin ?

Le CH de Pau a plus de 150 demandes par semaine. C'est impossible de voir tout le monde. Avant, le médecin traitant appelait directement, ou le patient prenait rdv directement avec son courrier. Mais cela ne fonctionne pas si le système de santé est débordé. La secrétaire ne peut plus répondre au téléphone et les patients n'arrivent pas à joindre le service. Il n'y a pas de priorisation. Il y a aussi des demandes inutiles.

Actuellement, il y a une prise de rdv dématérialisée. Cela donne un accès direct au patient à un choix de rdv. Mais il n'y a pas de contact personnalisé, l'accès est impossible pour les

patients âgés ou ne maîtrisant pas les nouvelles technologies. Il n'y a pas de priorisation des problèmes. Le système est débordé et parfois le paramétrage inadéquat.

Le CHU de Pau n'accepte les patients que dans le parcours de soins. Les patients adressés par un dermatologue de ville seront vus en priorité. Les photos sont encouragées. Un médecin de l'équipe trie le courrier une journée par semaine et répond à la demande : avis urgent, avis non urgent, avis en télé expertise. Cela permet de hiérarchiser les demandes. Aussi, tout le dossier a été récupéré en amont, cela permet une orientation rapide. Mais le temps médical dédié au tri est grand. Il faut aussi une secrétaire bien formée. Il y a beaucoup d'incompréhension de la part des médecins de ville et des patients. Le problème actuellement est aussi les patients n'ayant pas de médecin traitant.

Messages clés :

- Le problème d'accès aux soins concerne tout le territoire et toutes les spécialités.
- Les médecins ne sont pas assez nombreux, et le problème va empirer dans les années à venir.
- À l'inverse, les patients sont de plus en plus nombreux, avec une surconsommation de soins.
- Il n'y a pas de solution miraculeuse.



QUIZ DE FORMATION

Quelle pathologie nécessite une consultation dermatologique ?

- A. Une verrue plantaire.
- B. Des molluscums.
- C. Un nævus avec critères ABCDE de malignité.

Quelle est une des limites de la télé expertise ?

- A. Consultations encouragées par la prise en charge des mutuelles.
- B. Le système d'aval est bien organisé.

Retrouvez les réponses pages 82 à 87.

Gouvernement des émotions.

Pierre LE COZ (Aix Marseille Université)

Article rédigé par le Dr Laure Bellange - Allergologue

Sommes-nous gouvernés par nos émotions ?

Socrate, premier philosophe à Athènes, est mort condamné à boire la Sigüe. Platon raconte que les athéniens ont condamné Socrate car il était agnostique, et le peuple avait peur de recevoir les foudres des divinités s'ils ne le sacrifiaient pas. Par cet exemple, on voit que les peurs liées aux croyances peuvent entraîner des actes injustes. Les émotions compromettent l'impartialité. L'émotion collective entraîne une régression intellectuelle. On peut le constater encore aujourd'hui. Un message sur les réseaux sociaux relayant des peurs va être partagé et amplifié de manière très rapide et déraisonnable, même si le message est faux.

Pour revenir à l'époque de Socrate, les sophistes utilisaient le langage comme instrument de manipulation. En opposition à cela, les philosophes ont voulu mettre en place la dialectique : utiliser des termes choisis, avec des précautions oratoires, sans injure ni coup bas. Aujourd'hui, au contraire, on revient au sophisme dans les médias, on nous explique qu'il faut raconter des histoires. Rester trop abstrait ne captive pas l'auditoire. Pendant la pandémie, quand les médias parlaient de la campagne de vaccination, on voyait l'image de l'aiguille qui rentre dans la peau, crispant forcément les phobiques de la piqûre. C'est donc le contraire de ce que conseillaient Socrate et Platon. Pour Platon, en agissant ainsi, c'est faire l'art de la démagogie.

Intéressons-nous maintenant au rationalisme de Kant et Descartes. Pour ce dernier, nous sommes l'union de l'âme et du corps. Si nous voulons maîtriser nos émotions, nous devons sortir de notre corps. « Quand l'émotion nous envahit, il faut s'abstenir dans l'heure, quelque jugement et se divertir par d'autres pensées, jusqu'à ce que le temps et le repos aient entièrement apaisé l'émotion. ». Il parle aussi de disposition affective : « je peux dire que je n'aime pas X, cela est évoqué sans affect. Mais si je le croise dans un couloir, à ce moment-là je serai en colère, ou avec d'autres sentiments négatifs. ». Pour Kant, « l'émotion agit comme une eau qui rompt la digue, la passion comme un torrent qui creuse son lit de plus en plus profondément. ». L'émotion est considérée comme une conduite inhabituelle, excessive.

Quelques mots de l'actualité du débat. Petit à petit, l'émotion a été réhabilitée dans le dialogue et la communication. Paul Ekman a montré qu'on peut reconnaître des émotions sur des photos. Si on les reconnaît, c'est qu'on les a vécues, et que donc elles sont naturelles. Elles sont donc une fonction adaptative et sont utiles. Il ne faut donc pas les refouler. Elles font partie de l'histoire de l'espèce. Par exemple, à l'époque des cueilleurs chasseurs, si les Hommes entendaient un bruit derrière un buisson, la peur les faisait partir, ce qui au final leur permettait de rester en vie.

Economie et choix sociétaux/moraux.

Augustin LANDIER

Article rédigé par le Dr Laure Bellange - Allergologue

L'analyse économique standard privilégie deux valeurs : efficacité et égalité.

Les agents économiques ont aussi d'autres valeurs morales : compassion, liberté, identité. Ils sont prêts à sacrifier leur bien-être économique pour les défendre, par exemple, ils sont prêts à limiter la concurrence pour préserver la société.

L'orateur a écrit un livre enquête pour mesurer la manière dont les gens concilient valeur et bien-être économique.

Il y a un divorce entre les valeurs et l'économie, remontant à Adam Smith, avec un théorème de séparation. Les sentiments moraux n'aident pas à l'efficacité dans la sphère du marché. Par exemple, si on vend notre appartement, il ne nous viendrait pas à l'idée de faire une ristourne car les acheteurs nous paraissent sympathiques.

On note un fossé entre la population générale et les économistes, qui ont une foi particulière dans le marché. Voici l'exemple du « signal prix » : si on veut que les gens utilisent moins d'électricité, la solution la plus simple est d'augmenter le prix. Autre exemple encore plus parlant : seulement 16 % des économistes ne sont pas d'accord avec la phrase suivante, quand la grande majorité de la population se dit choquée : « un marché permettant le paiement de reins devrait être mis en place afin de contribuer à prolonger la vie des patients atteints de maladie rénale ».

Mais cette dichotomie ne tient plus dans plusieurs situations actuelles. Les jeunes étudiants en école de commerce ne pensent pas qu'à leur salaire, mais aussi au sens du travail, l'écologie de leur poste etc. Les économistes découvrent aujourd'hui l'aspect « non pécuniaire » de l'économie. Le marché pousse à l'individualisme et peut déresponsabiliser.

On remarque une dichotomie conséquentialisme/déontologie. Le conséquentialisme se soucie de l'impact de l'action, elle est utilitaire « tuer une personne pour en sauver cinq est moral. ». Pour la déontologie, la moralité de l'action dépend de la conformité aux principes. Il y a un alignement des valeurs « la fin ne justifie pas les moyens. ».

Autre concept important dans l'économie : la liberté. Pour les économistes, la liberté n'est qu'un instrument, elle n'a pas de valeur en soi. Cela les conduit à des comportements paternalistes.

Ce qu'il faut retenir de l'enquête faite par l'orateur : les gens sont prêts à payer pour défendre des valeurs, mais ne sont pas insensibles au prix. Deux clivages apparaissent et expliquent bien ces compromis : conservateur/progressiste et individualisme/collectivité.

Organiser sa transition écologique au cabinet de dermatologie.

Anne Céline DAVAINÉ (Morlaix), Claire LAUMAILLE (Le Havre), Christian DERANCOURT (Gap)

Article rédigé par le Dr Laure Bellange - Allergologue

Le changement climatique, l'augmentation de la pollution et l'apparition de nouvelles maladies sont au cœur de l'actualité et une source d'inquiétude quotidienne pour la population française. Comment organiser sa transition écologique au cabinet de dermatologie ?

Anne Céline Davaine (Morlaix),

Le risque chimique est présent au quotidien, dans notre vie personnelle et professionnelle. Un produit chimique peut être naturel ou fabriqué. L'empreinte environnementale des produits chimie est présente depuis sa production jusqu'à son utilisation et ses rejets.

La toxicité est liée au produit en lui-même, mais aussi à l'exposition.

Au niveau européen, le REACH est un règlement qui évalue et autorise les produits utilisés.

Pour savoir si les produits qu'on utilise sont problématiques, on peut lire l'étiquetage. Il existe 9 pictogrammes de danger : dangers physiques, dangers pour la santé, et dangers pour l'environnement.

Au cabinet, il y a un risque avéré avec les produits de désinfection et de nettoyage des instruments et de surface, et le formol et le phénol. Il y a un risque émergent avec les perturbateurs endocriniens et les nanoparticules.

On peut essayer de s'en protéger via les équipements de protection et la ventilation. Il faut aussi supprimer tout ce qui est inutile, et réduire le nombre de produits qu'on utilise, et bien les utiliser (éviter les surdosages).

Il faut aussi essayer de réduire les déchets. 1 français produit 4,6 tonnes de déchet par an. Dans nos déchets de soin, certains sont dangereux (DASRI, médicaments) et ont un système de recyclage spécifique. Pour nos déchets classiques, il faut suivre les consignes de tri, et si possible réemployer ou faire du compost.

Claire Laumailé (Le Havre),

Les perturbateurs endocriniens (PE) sont ubiquitaires. Les dermatologues sont concernés avec les cosmétiques, dans le contenu mais aussi dans le contenant. À ce jour, il n'y a pas de liste officielle des perturbateurs endocriniens, mais on sait que cela représente plus de 1000 substances. Les pathologies associées sont nombreuses, notamment les malformations génitales et troubles de la reproduction, les troubles métaboliques, les troubles neurodéveloppementaux. On sait que la toxicologie n'est pas dose dépendante. Il y a aussi un effet cocktail quand on utilise plusieurs PE.

Autres molécules posant problème : les nanoparticules. Elles permettent d'avoir une plus grande surface d'échange, donc d'être plus réactif. Mais il n'y a pas d'AMM spécifique. Il n'y a pas non plus d'obligation légale d'étiquetage. Le risque sur la santé et l'environnement est mal connu. La toxicité peut se faire via pénétration profonde dans l'organisme, avec production de radicaux libres, et interaction avec l'ADN.

Christian Derancourt (Gap)

Le dermatologue a un devoir d'information générale par rapport aux PE. Il faut les prendre en compte dans nos prescriptions, en particulier dans les périodes de vulnérabilité du patient (grossesse, enfance).

Par exemple, concernant les émoullients, les dernières études montrent qu'il n'y a pas d'intérêt de les appliquer en systématique chez les nouveau-nés en préventif de la dermatite atopique. Il n'y a pas de preuve d'efficacité non plus des émoullients chez les prématurés en prévention des infections cutanées. On peut donc raisonnablement dire que dans ces situations de prévention primaire, le rapport bénéfice risque est défavorable.

Concernant la protection solaire, un travail du groupe Enviderm débute. Il n'y a pas de recommandation officielle pour le moment. Chez les nourrissons, il faut privilégier l'absence d'exposition et la protection vestimentaire.

À propos des crèmes de jour sur le visage, en l'absence de pathologie cutanée, leur seule utilité est de prévenir le vieillissement cutané. Il faut sensibiliser nos patients, notamment les adolescents et femmes enceintes.

De manière générale, en période pré-conceptionnelle et de grossesse, il faut limiter au maximum l'application de cosmétiques, et utiliser des produits avec écolabels

Messages clés :

- L'écologie doit être prise en compte dans notre façon de travailler, que ce soit dans le matériel du cabinet, mais aussi dans les soins qu'on propose aux patients.
- Toute petite démarche est utile.
- Limiter le gaspillage et l'utilisation de produits inutiles est déjà une grande avancée.



QUIZ DE FORMATION

Comment remplacer les produits désinfectants des surfaces et des sols ?

- A. On peut utiliser des savons, qui ont déjà un fort pouvoir neutralisant des microbes.
- B. On peut se servir d'un nettoyeur vapeur.
- C. On ne peut pas les remplacer, devant respecter des normes d'hygiène stricte au cabinet.

Que proposer à une patiente qui n'a pas de problème cutané contre le vieillissement cutané ?

- A. Appliquer quotidiennement une crème de jour enrichie en vitamine C.
- B. Limiter son exposition au soleil.

Retrouvez les réponses pages 82 à 87.

Motiver les patients et les soignants pour améliorer la prise en charge des maladies chroniques.

Jean-Marc CHAVIGNY (Nantes), Magali BOURREL BOUTTAZ (Chambéry), Béatrice DE REVIERS (Paris), Domitille JORAND-BAUER (Nantes).

Article rédigé par le Dr Yves ROUBEIX – Dermatologue.

L'éducation thérapeutique, efficace pour la prise en charge des malades chroniques, nécessite avant tout la motivation, celle du patient et aussi celle des soignants.

Des outils pour motiver.

L'observance des malades chroniques de la peau est de 30 % seulement et nombre d'entre eux ont cessé de se faire suivre.

Alors, comment motiver le patient ?

La motivation peut être entretenue, ou éventuellement disparaître, mais jamais créée de toutes pièces !

Cette motivation du patient est indispensable et ne demande qu'à être augmentée ; le soignant accompagne le patient dans ce processus.

Obtenir un état physique et psychique permettant la motivation, certaines conditions y faisant obstacle :

- Conditions physiques : douleur, asthénie...
- Conditions psychologiques : dépression, psychose...
- Certaines croyances : croire que le fait de traiter l'eczéma entraînera l'apparition d'un asthme, penser que les corticoïdes locaux sont dangereux etc.

* Informer, tout en sachant que l'information du patient n'est pas suffisante pour le faire changer : tous les fumeurs connaissent les méfaits du tabac !

* Faire prendre conscience au patient de ce qu'il a à gagner en se soignant : apparence, sommeil, disparition du prurit ou des douleurs, reprise des activités sportives, meilleures relations sociales, gain de temps etc. Le témoignage de patients experts, qui ont souffert de la même maladie, ou de groupes de patients, est utile.

* Donner les compétences nécessaires à l'efficacité du traitement, montrer comment la crème doit être appliquée.

* Le cycle de Prochaska et Diclementé est un moyen pour mettre en évidence le stade où se trouve le patient dans le processus de changement :

- Le stade de la **précontemplation** est celui où la personne, satisfaite de son sort, n'a pas envie de changer : au soignant de faire comprendre les inconvénients et risques qui en découlent ;
- Le stade de la **contemplation** est celui où le soignant a réussi à inciter le patient à changer de comportement en montrant que la balance avantages inconvénients penche en faveur du traitement ;
- Le stade de la **décision** arrive ensuite ;
- Puis survient le moment de l'**action** ! Le soignant souligne les succès, valorise la réussite.
- Le **maintien** du résultat est une étape importante, nécessitant un suivi régulier pour éviter une rechute ;

- La **rechute**, si elle se produit, referme le cercle. Il est bon d'être positif, de valoriser ce qui a été obtenu, d'éviter de parler d'échec mais plutôt d'étape !

Pour conclure :

- La motivation est un élément majeur du processus de changement ;
- Nécessité de la formation des soignants à l'accompagnement des patients ;
- Utilité, pour patient comme pour soignant, du travail en équipe ou en groupe ;
- Rôle capital du soignant pour le changement du patient.
- La décision médicale partagée est le pilier de la motivation.

La motivation du patient

Le premier signe de cette motivation est qu'il a fait l'effort de se déplacer pour venir consulter ! L'éducation thérapeutique, ce n'est pas soigner une maladie mais c'est rencontrer un patient. Avant de penser à motiver le patient, il faut que les soignants eux-mêmes soient motivés, ce qui n'est pas toujours le cas : déni de la maladie, appréhension, manque de compétence dans la gestion des maladies chroniques etc.

Un obstacle régulièrement invoqué par le soignant est le manque de temps disponible : investir du temps au départ, c'est en gagner par la suite !

Le patient a besoin d'être écouté et compris.

Il a aussi besoin d'informations rendues intelligibles, que ce soit par des dessins, des jeux, des métaphores.

Le fait d'être malade ne suffit pas pour se soigner, il faut aussi pouvoir participer aux choix thérapeutiques.

Pour conclure, il ne peut pas y avoir d'éducation thérapeutique du patient sans éducation à la thérapeutique du professionnel.

Motiver le soignant, c'est le pousser à agir.

La motivation ne se décide pas par la simple force de la volonté.

Il faut savoir s'entourer d'une équipe, savoir aussi accueillir en nous une ambivalence qui nuit à la motivation.

Accepter le fait qu'une maladie chronique va durer, qu'il n'y aura peut-être pas de résultat immédiat, que des rechutes auront lieu, ce qui pourrait générer découragement, voire un sentiment de culpabilité.

Si le soignant accepte sa propre part de vulnérabilité, il pourra accueillir la vulnérabilité de son patient, ce qui aidera grandement à son accompagnement.

Les bases de l'éducation thérapeutique sont l'accordage émotionnel, l'empathie et la bienveillance.

Et c'est principalement dans le non verbal que se dévoile cet accordage émotionnel.

Le patient doit pouvoir se sentir acteur de sa santé.

Le soignant, lui, évitera le réflexe « correcteur », tendance consistant à s'empresse de redresser une situation jugée problématique.

Une relation soignant-soigné basée sur les principes de l'éducation thérapeutique est source de transformation réciproque et de motivation.

Messages clés :

- L'importance du travail en équipe pluriprofessionnelle pour une éducation thérapeutique de qualité.
- Le patient doit être l'acteur de sa santé et considéré comme tel.
- L'empathie et la bienveillance sont les bases de l'éducation thérapeutique.



QUIZ DE FORMATION

Quelle est l'affirmation exacte ?

- A. Une bonne information du patient est nécessaire et suffisante pour son observance.
- B. Une fois le résultat thérapeutique obtenu, le patient peut être perdu de vue.
- C. Les soignants sont par nature toujours motivés pour soigner leurs patients.
- D. Il est nécessaire de montrer concrètement comment il faut appliquer une crème contre l'eczéma.
- E. Pour être motivé et motiver, il suffit de le vouloir.

Quelle est l'affirmation exacte ?

- A. Investir du temps thérapeutique au départ permet d'en gagner ensuite.
- B. L'accordage émotionnel soignant-patient s'obtient principalement par un discours adapté.
- C. Il faut corriger sans délai toute erreur de comportement de la part du patient.
- D. En cas de rechute, il ne faut pas craindre de parler d'échec.
- E. Le taux estimé de l'observance du malade chronique de la peau est de 75 %.

Retrouvez les réponses pages 82 à 87.

Actualités des infections sexuellement transmissibles.

Émilie CHAZELLE (Saint Maurice), Antoine BERTOLOTI, (Saint Pierre de la Réunion), Jonathan KRYGIER (Bruxelles), Johan CHANAL (Paris), Sébastien FOUERE (Paris).

Article rédigé par le Dr Yves ROUBEIX – Dermatologue.

Depuis environ 20 ans, les infections sexuellement transmissibles (IST) sont en progression épidémique. Chaque année est riche de nouveautés cliniques, microbiologiques et thérapeutiques.

Monkeypox, données épidémiologiques récentes. Dr Émilie Chazelle

Cette nouvelle IST, à déclaration obligatoire, qui atteint principalement les hommes (97 % des cas), d'âge médian 36 ans, est le plus souvent diagnostiquée en Île de France (62 % des cas). Elle survient dans 71 % des cas à la suite d'un contact sexuel et concerne des HSH (hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes) dans 96 % des cas.

On assiste actuellement à une décroissance de l'épidémie, conséquence probable de la campagne de vaccination pré et post-exposition des populations cibles, mais un rebond est à craindre.

Cancer de l'anus. Dr Antoine Bertolotti

Les populations les plus à risque sont les HSH vivant avec le VIH (89/100 000), puis les personnes vivant avec le VIH (18 à 35/100 000) alors que, pour la population générale, le risque est de 1,6/100 000.

Ce cancer peut être prévenu par le dépistage et le traitement des lésions épithéliales squameuses de haut grade histologique (HSIL) de l'anus.

En effet, le taux de transformation de ces HSIL en cancer est élevé.

Cependant, certaines HSIL pouvant disparaître spontanément, il pourrait être pertinent de ne traiter que celles qui persistent avec présence d'HPV16.

Ceci souligne la nécessité de développer davantage les tests HPV anaux.

En France, le dépistage, recommandé chez les personnes vivant avec le VIH, repose sur le toucher rectal avec anoscopie, et biopsie en cas de doute.

Il faut espérer que, dans les prochaines années, le dépistage des HPV anaux soit proposé aux populations à risque, HSH, séropositifs, immunodéprimés, à l'instar de ce qui se fait chez la femme pour le dépistage du cancer du col de l'utérus.

Syphilis : dépistage. Dr Jonathan Krygier

Une étude a recherché la présence par PCR de *Treponema pallidum* dans le sang, le pharynx, l'anus et l'urine de sujets atteints de syphilis primaire ou secondaire.

La présence du tréponème a ainsi pu être détectée dans tous les sites prélevés dès la phase primaire, mais également dans des sites où aucun chancre n'a été constaté.

Il a été mis en évidence qu'une diffusion hématogène de la bactérie a lieu rapidement après la contamination et que la contagiosité existe avant l'apparition de tout signe clinique d'infection. Cette positivité croît dans tous les sites en phase secondaire, ce qui confirme la plus grande contagiosité de cette période.

Ces conclusions ne peuvent être retenues qu'à la condition de considérer que l'isolement d'ADN tréponémique correspond à la présence de tréponèmes viables et infectants.

Il serait utile d'associer le dépistage par PCR de la syphilis au dépistage par PCR de *Chlamydia trachomatis* et de *Neisseria gonorrhoeae*, qui se font déjà, sachant que la positivité des tests tréponémiques sanguins actuels ne commence qu'environ un mois après la contamination.

Chlamydie vaginale et ano-rectale de la femme : traitement. Dr Johan Chanal

Si le traitement de cette infection a été bien étudié chez l'homme et en particulier chez les HSH, il n'en est pas de même chez la femme.

Chez 45 à 100 % des femmes porteuses de *Chlamydia trachomatis* au niveau vaginal, la bactérie est également trouvée au niveau anal.

Une étude a comparé la doxycycline, 200 mg/j pendant 7 jours, à l'azithromycine, 1 g monodose, dans le traitement de l'infection chez les femmes porteuses dans les deux sites, vaginal et anal.

La doxycycline s'est révélée plus efficace que l'azithromycine pour les infections ano-rectales de la femme, ce qui a déjà été retrouvé chez les HSH.

Mais, concrètement, il est évident que l'observance d'un médicament à prise unique est meilleure...

L'infection à Monkeypox dans le monde en 2022. Dr Sébastien Fouéré.

La collaboration rapide de 43 centres disséminés dans le monde entier a permis de recueillir d'intéressantes données sur cette nouvelle épidémie.

98 % des malades sont des HSH ou bisexuels, répartis de façon égale entre séropositifs et séronégatifs HIV.

La contamination est sexuelle dans la grande majorité des cas, il y a une ou plusieurs IST associées dans un cas sur trois.

La présentation clinique est la même, quel que soit le statut sérologique HIV.

Des lésions cutanées sont présentes chez 95 % des malades, des adénopathies dans 60 % des cas.

Le début se fait environ 7 jours après le contagage par l'apparition d'une lésion unique de la région ano-génitale ou oropharyngée, dite lésion d'inoculation, accompagnée une fois sur deux par des signes généraux.

Environ 5 jours après surviennent d'autres lésions cutanéomuqueuses.

13 % des malades ont été hospitalisés, en raison principale du caractère hyperalgique de certaines lésions ou de surinfections bactériennes.

L'ADN viral est retrouvé par PCR sur les lésions cutanées et au niveau des sites ano-génitaux dans 97 % des cas, au niveau pharyngé dans 27 % des cas et, fait notable, dans le sperme dans 90 % des cas (mais une étude française contredit ce dernier chiffre en affirmant que la maladie se transmet par contact direct et non par l'intermédiaire des sécrétions génitales).

Messages clés :

- Le Monkeypox atteint essentiellement les HSH.
- Le taux de transformation carcinomateuse des HISL de l'anus est élevé.
- L'ADN du tréponème de la syphilis est détecté très tôt après le contagage dans le sang et plusieurs autres sites.
- La doxycycline semble plus efficace que l'azithromycine pour le traitement de la chlamydie ano-rectale de la femme.
- Les sujets atteints de monkeypox sont co-infectés une fois sur trois par d'autres IST.



QUIZ DE FORMATION

Trouvez l'affirmation exacte !

- A. Le portage anal de *Chlamydia trachomatis* est peu fréquent chez la femme atteinte de vaginite à Chlamydia.
- B. L'isolement par PCR d'ADN du tréponème de la syphilis est la preuve de l'existence d'une infection active et potentiellement contagieuse.
- C. Une diffusion hématogène du tréponème syphilitique se produit rapidement après le contagage.

- D. L'évolution du monkeypox est plus sévère chez les sujets VIH+.
- E. Les localisations cutanéomuqueuses du monkeypox sont asymptomatiques.

Trouvez l'affirmation exacte !

- A. L'ADN du monkeypox peut être trouvé dans le sperme.
- B. Les lésions cutanées du monkeypox sont présentes chez tous les malades.
- C. L'épidémie de monkeypox est actuellement en pleine expansion.
- D. Les HISL de l'anus évoluent tôt ou tard vers un cancer.
- E. Le dépistage du virus HPV au niveau anal se fait en pratique courante par PCR sur frottis.

Retrouvez les réponses pages 82 à 87.

Le numérique au service de l'éducation thérapeutique du patient.

Isabelle DREYFUS (Toulouse), Stéphanie MALLET (Marseille)

Article rédigé par le Dr Yves ROUBEIX – Dermatologue.

L'éducation thérapeutique en présentiel n'est pas toujours possible pour des raisons matérielles, certains patients se libèrent davantage derrière un écran : le numérique est une alternative efficace et conviviale aux ateliers d'ETP traditionnels.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est un processus qui doit permettre aux patients d'acquérir et de conserver des compétences qui les aident à vivre au quotidien de manière optimale avec leur maladie.

Ce processus est permanent, intégré dans les soins et centré sur le patient.

Le but poursuivi n'est pas d'informer, ni de dresser le patient, mais de l'autonomiser.

Un programme d'ETP comprend 4 étapes :

- Réaliser un bilan éducatif partagé : que le patient sait-il de sa maladie ? Quelles sont ses croyances ? Quelles sont ses capacités à gérer sa maladie ?
- Fixer des objectifs éducatifs avec le patient : quelles sont les compétences que l'on veut acquérir ?
- Développer les compétences par des démonstrations et des mises en situation, au moyen d'outils éducatifs, lors de séances collectives.
- Évaluer.

Cahier des charges d'un programme d'ETP :

- Une déclaration auprès de l'ARS, qui ne veut pas dire financement automatique !
- Tous les intervenants faisant partis de l'équipe pluriprofessionnelle doivent être formés en ETP (40 heures), y compris les « patients experts » qui coaniment les ateliers.
- Un médecin doit faire partie de l'équipe mais sa présence n'est pas indispensable.
- Une autoévaluation annuelle puis quadriennale est requise.
- Seuls les programmes en ambulatoire, c'est-à-dire en venue externe, hors hospitalisation, sont susceptibles d'être financés à hauteur de 250 €/an/patient.

Le cahier des charges est assez exigeant, et ne peut être rempli en pratique que par de grands centres, tels les CHU, dans de grandes villes, ce qui constitue un frein pour nombre de patients. D'où l'intérêt de l'ETP à distance, qui permet des séances en distanciel synchrone sans la contrainte d'une unité de lieu, ou bien encore des séances en distanciel asynchrone par la mise à la disposition du patient de divers documents, vidéos, tutoriels qu'il peut s'approprier à son rythme.

L'ETP en distanciel peut être proposée à tous les patients et tous les aidants :

- Ceux qui ne peuvent se déplacer,
- Ou qui manquent de temps,
- Ou qui préfèrent le distanciel, sans avoir à s'en justifier,
- Ou encore en période de crise sanitaire !

Les patients qui n'auraient pas l'expérience des visioconférences devraient être accompagnés au départ.

Même si toutes les étapes de l'ETP peuvent avoir lieu en distanciel, il semble souhaitable qu'une rencontre physique préalable puisse avoir lieu.

Quels sont, étape par étape, **les avantages et les inconvénients** de l'ETP à distance ?

- **Bilan éducatif partagé (initial) :**

- + Adaptation aux possibilités ou souhaits de chacun (téléphone, visioconférence).
- + Introspection plus facile à distance pour certains, adolescents souvent.
- Frein à l'alliance thérapeutique et à l'instauration d'une relation de confiance.

- **Séances éducatives :**

- + Co animation avec des personnes éloignées géographiquement.
- Difficulté à créer une dynamique de groupe.
- Moins de temps informel, avant ou après les séances, pour échanger et créer des liens.
- Difficulté pour prendre en compte le non verbal.

- **Bilan éducatif partagé (final et/ou de suivi) :**

- + Facilite cette étape pour laquelle il est souvent difficile de motiver les personnes à se déplacer.

Toutes les séances, individuelles ou collectives, peuvent être réalisées à distance mais il est préférable de limiter le nombre de participants, par exemple à 6.

Sur le plan réglementaire, il faut posséder un outil de visio transmission sécurisé, vérifier le règlement général sur la protection des données (RGPD) et l'hébergement des données de santé (HDS).

Précautions pour la confidentialité des échanges :

- Interdire d'enregistrer ou filmer la séance ;
- Obligation de signaler la présence d'une tierce personne et d'obtenir l'accord de l'intervenant ;
- Activer la fonction « salle d'attente » pour filtrer les participants ;
- Proposer aux participants d'utiliser un pseudonyme ;
- Pouvoir choisir d'apparaître ou non à l'écran, de ne voir que l'équipe d'ETP ;
- Faire signer une « charte de fonctionnement de l'ETP à distance ».

Le déroulement d'une séance en distanciel est similaire à celui d'une séance en présentiel :

- 1er temps : faire connaissance, créer un climat de confiance, annoncer les objectifs, le déroulement, le cadre.
- 2e temps : partager et analyser son vécu, ses expériences, représentations, situations à problèmes.
- 3e temps : faire émerger ou découvrir des ressources, trouver collectivement des solutions.
- 4e temps : s'approprier des solutions pour soi et se projeter, prendre des décisions, évaluer la séance.

Comment se préparer pour animer sa première séance en distanciel ?

Deux champs de compétences sont nécessaires : d'une part, des compétences relationnelles, pédagogiques et organisationnelles ; d'autre part, des compétences techniques de maîtrise des outils numériques utilisés.

Après avoir choisi les outils que l'on manie le mieux, il faut s'exercer avant d'animer la séance, animer une séance « test », co-animer au début, observer une séance à distance, échanger avec ceux qui pratiquent, se former, se faire accompagner.

Messages clés :

- L'ETP à distance permet de lever les obstacles liés à l'éloignement et au manque de temps disponible.
- Tous les patients et tous les aidants peuvent recourir à l'ETP à distance.



QUIZ DE FORMATION

Où est l'affirmation exacte ?

- A. L'ETP à distance facilite l'introspection de certains patients.
- B. Le non verbal peut s'exprimer aussi bien en distanciel qu'en présentiel.
- C. La déclaration d'un programme d'ETP à l'ARS implique son financement.
- D. L'utilisation d'un pseudonyme est interdite au cours de l'ETP à distance.
- E. La durée d'un programme d'ETP est d'environ 20 heures.

Où est l'affirmation exacte ?

- A. L'ETP à distance ne concerne que certains patients sélectionnés.
- B. Un médecin doit obligatoirement faire partie d'une équipe d'ETP.
- C. L'avantage de l'ETP à distance est qu'un nombre illimité de patients peuvent participer à la même séance.
- D. Les programmes d'ETP présentielle non ambulatoire sont éligibles à un financement.
- E. Une évaluation annuelle par un médecin expert indépendant est requise pour tout programme d'ETP.

Retrouvez les réponses pages 82 à 87.

Réponses aux quiz

FOCUS DERMATO

Article : Mycoses peau et ongles.

Quelle est l'affirmation exacte :

- La terbinafine per os est inefficace dans le pityriasis versicolor

Quelle est l'affirmation exacte :

- L'onxyxis candidosique s'accompagne d'un péri onxyxis.

Article : Pathologies cutanées courantes sur peau noire.

Quelle est, concernant les peaux noires, l'affirmation exacte ?

- L'hypomélanose maculeuse confluyente se traite par la doxycycline.

Quelle est, concernant les peaux noires, l'affirmation exacte ?

- La sévérité de la dermatite atopique peut être sous-estimée.

Article : Plaies de membres inférieurs (3 questions à se poser quand ça ne cicatrise pas)

Où se trouve l'affirmation exacte ?

- En cas d'ischémie associée, une compression adaptée est indiquée

Où se trouve l'affirmation exacte ?

- Il est possible de superposer plusieurs chaussettes de contention.

Article : Dermatopédiatrie au cabinet (dermatite atopique, éruptions virales, teignes, pathomimie...)

Trouvez la bonne affirmation !

- Le purpura ne s'efface pas à la vitropression.

Trouvez la bonne affirmation !

- L'origine d'une dermatophytie est souvent animale.

Article : Reconnaître les mélanomes et carcinomes cutanés.

Trouvez l'affirmation exacte !

- **Un carcinome épidermoïde peut compliquer l'évolution d'un ulcère de jambe.**

Trouvez l'affirmation exacte !

- **Un grand nombre de naevi est un facteur de risque d'apparition d'un mélanome.**

Article : Peau et sport, sous forme de photos.

Quelle est l'affirmation exacte ?

- **La rétronychie est l'incarnation proximale d'un ongle.**

Quelle est l'affirmation exacte ?

- **L'othématome nécessite d'être évacué.**

Article : Tester ou ne pas tester.

Devant un patient avec de la dermatite atopique et des lésions des mains et des paupières :

- **On recherche une allergie manuportée et on teste**

Si un mécanicien a des lésions des mains, s'étendant aux avant-bras :

- **On travaille en collaboration avec la médecine du travail et on informe le patient d'une éventuelle reconversion.**

Article : Psoriasis pustuleux généralisé (PPG) : avancée des connaissances et implications pratiques.

Que dire à un patient atteint de PPG ?

- **L'évolution de la maladie est imprévisible, il faut un suivi régulier, et consulter si poussée.**

Que proposer à un patient atteint de PPG ?

- **Une prise en charge multidisciplinaire, afin de traiter le psoriasis mais aussi les comorbidités.**

Article : Les alternatives thérapeutiques dans l'acné.

Chez un adolescent qui consulte pour la première fois pour son acné, on proposera :

- **Un traitement topique en premier lieu, avec rappel des règles d'hygiène**

Quelle cible thérapeutique semble être intéressante ?

- **Jouer sur les récepteurs de la glande sébacée.**

Article : Eruption atypique de l'enfant : quel est votre diagnostic ?

Devant une syphilis congénitale, quel est le traitement ?

- **Le même que la maman, une pénicilline G.**

Devant une suspicion de lupus chez l'enfant :

- **Chercher une atteinte rénale est nécessaire.**

Article : Les troubles psychiatriques s'expriment sur la scène cutanée : que peut faire le dermatologue en pratique ?

Trouvez la bonne réponse !

- **La dysmorphophobie engendre une réelle souffrance psychique, pouvant aller jusqu'au suicide.**

Trouvez la bonne réponse !

- **L'écoute empathique des plaintes exprimées par le patient est nécessaire à sa compliance.**

Article : Une image, la bonne question, le bon diagnostic

Devant une éruption atypique, quel examen faire en systématique ?

- **Une biopsie cutanée.**

Devant un œdème sus-claviculaire, il faut penser en priorité à :

- **Un syndrome paranéoplasique.**

Article : Mythes et réalités sur les tatouages

Que doit-on dire à un patient atopique qui veut se faire tatouer ?

- **Il est à risque de développer un eczéma de contact.**

Quel diagnostic éliminer rapidement après un gros tatouage fait sur un membre inférieur et dont le membre devient rouge et douloureux ?

- **Une TVP.**

Article : Symposium satellite Léo Pharma – Dermatite atopique et eczéma chronique des mains : quand le visible rend invisible.

Que proposer à un patient atteint de DA sévère ?

- **Une prise en charge pluridisciplinaire, avec de l'éducation thérapeutique et des traitements systémiques ?**

Devant un eczéma des mains chez un boulanger, que faut-il chercher en priorité ?

- **Un eczéma de contact à la farine.**

Article : Fashion week aux JDP : quand vêtements et accessoires vestimentaires donnent de l'allergie !

Que tester sur un eczéma isolé du dos du pied ?

- **La languette de la chaussure.**

Que proposer à un patient allergique au nickel ?

- Faire attention aussi au chrome et au cobalt.

Article : Ces plantes qui veulent notre peau !

Quelle est la bonne réponse ?

- L'agent photosensibilisant le plus souvent rencontré est un psoralène.

Quelle est la bonne réponse ?

- Les phytodermatoses peuvent se présenter sous la forme d'un érythème polymorphe.

Article : Dermatite atopique et prurigo nodulaire : actualités et enjeux.

Trouvez la bonne réponse !

- Chez le sujet fragile, atteint de dermatite atopique sévère, les anticorps monoclonaux sont recommandés

Trouvez la bonne réponse !

- Un syndrome métabolique doit être recherché chez l'adulte atteint de dermatite atopique.

Article : Microbiome, microbiote, bactériophages...Quand les micro-organismes deviennent nos alliés. Pourquoi et comment le dermatologue est-il concerné, pour ses patients, en 2022 ?

Cherchez la réponse exacte !

- Staphylococcus epidermidis a un effet protecteur contre les infections cutanées.

Cherchez la réponse exacte !

- La dysbiose observée au cours de la dermatite atopique est différente de celle du psoriasis.

Article : Dermatoses : et si le coupable était le travail !

Quelle est l'affirmation exacte ?

- Des gants en caoutchouc dépourvus d'accélérateurs de vulcanisation sont sur le marché.

Quelle est l'affirmation exacte ?

- L'atopie est un facteur de risque de la dermatite de contact aux protéines.

Article : Symposium Bioderma. Allergies de contact chez les enfants atopiques.

Trouvez où se trouve l'affirmation exacte !

- Certains dentifrices contiennent de l'étain, source possible de chéilite de contact.

Trouvez où se trouve l'affirmation exacte !

- Certaines urticaires de contact sont immunologiques.

Article : Symposium Bioderma. Un impact insoupçonné de l'eczéma révèle par les dessins d'enfants.

Quelle est, concernant les enfants atteints d'eczéma atopique, l'affirmation exacte ?

- L'état dépressif dont souffrent certains adolescents peut les conduire au suicide.

Quelle est, concernant les enfants atteints d'eczéma atopique, l'affirmation exacte ?

- L'enfant atopique se construit en fragilité.

Article : Symposium Bioderma. Vivre avec l'eczéma atopique, les conseils de l'association française de l'eczéma.

Trouvez l'affirmation exacte !

- L'association organise une course à pied.

Trouvez l'affirmation exacte !

- L'Association Française de l'Eczéma ne concerne pas que les personnes atteintes d'eczéma atopique.

QUAND LA SCIENCE EN PARLE

Article : Annoncer une « mauvaise » nouvelle en onco-dermatologie.

Devant une suspicion de mélanome :

- Il faut lui annoncer progressivement, en utilisant des mots-clés, et en proposant de le revoir.

Article : Le burn-out chez les dermatologues : mythe ou réalité ?

Comment limiter le burn-out au cabinet ?

- Ne pas répondre à toutes les sollicitations digitales (sms, mails etc...) immédiatement.

Comment garder sa santé mentale ?

- Avoir un cabinet ergonomique, et être bien dans sa vie personnelle.

Article : Accès aux consultations en dermatologie dans un contexte de pénurie médicale : limites et solutions.

Quelle pathologie nécessite une consultation dermatologique ?

- Un nævus avec critères ABCDE de malignité.

Quelle est une des limites de la télé expertise ?

- Consultations encouragées par la prise en charge des mutuelles.

Article : Organiser sa transition écologique au cabinet de dermatologie.

Comment remplacer les produits désinfectants des surfaces et des sols ?

- **On peut se servir d'un nettoyeur vapeur.**

Que proposer à une patiente qui n'a pas de problème cutané contre le vieillissement cutané ?

- **Limiter son exposition au soleil.**

Article : Motiver les patients et les soignants pour améliorer la prise en charge des maladies chroniques.

Quelle est l'affirmation exacte ?

- **Il est nécessaire de montrer concrètement comment il faut appliquer une crème contre l'eczéma.**

Quelle est l'affirmation exacte ?

- **Investir du temps thérapeutique au départ permet d'en gagner ensuite.**

Article : Actualités des infections sexuellement transmissibles.

Trouvez l'affirmation exacte !

- **Une diffusion hématogène du tréponème syphilitique se produit rapidement après le contage.**

Trouvez l'affirmation exacte !

- **L'ADN du monkeypox peut être trouvé dans le sperme.**

Article : Le numérique au service de l'éducation thérapeutique du patient.

Où est l'affirmation exacte ?

- **L'ETP à distance facilite l'introspection de certains patients.**

Où est l'affirmation exacte ?

- **Un médecin doit obligatoirement faire partie d'une équipe d'ETP.**