

## Comptes-rendus de congrès Bioderma CILAD 2022

Compte-rendus rédigés par

**Dre Marta CANTARERO**

Dermatologue, Espagne

### Règles de l'art en matière de PRP

Après avoir repoussé le grand congrès du CILAD pendant deux ans à cause de la pandémie, nous avons enfin pu nous réunir dans la capitale espagnole et mettre en commun notre expérience et les dernières nouveautés en matière de pathologie dermatologique.

#### 1. Concepts de base du PRP

La conférence a commencé par une explication des concepts de base à connaître sur le PRP, grâce à la Dre Natalia Seguí.

Le concept de PRP remonte à 1960, quand le traitement se faisait avec du sang autologue pour la première fois. Mais ce n'est que dans les années 1990 que le PRP a attiré l'attention de tous grâce à son utilisation en traumatologie et en médecine du sport, où des athlètes de haut niveau ont reçu des infiltrations de PRP pour soigner les blessures sportives.

Les utilisations de PRP en dermatologie sont multiples : cicatrices (après des brûlures, après des chirurgies, d'acné), ulcères cutanés, traitement des alopecies, cosmétique.

En cosmétique, son utilisation se concentre comme stimulateur de fibroblastes pour stimuler la formation de collagène de type I, l'angiogenèse, qui améliore la flaccidité, lisse les petites rides, améliore les cernes sous les yeux et améliore la qualité de la peau. Si l'injection est plus profonde, elle peut stimuler les cellules adipeuses et aider à améliorer le volume facial.

Les plaquettes sont les grandes responsables de ce phénomène de biostimulation, car elles contiennent des granules avec des facteurs de croissance qui stimulent tous ces processus.

La procédure se base sur le prélèvement d'une quantité variable de sang veineux, la centrifugation (obtention des plaquettes, séparation des leucocytes et des globules rouges) et l'injection de la fraction plaquettaire, qui libère les facteurs de croissance des granules alpha qui agissent sur les récepteurs de la paroi cellulaire. Ces facteurs de croissance ont une demi-vie d'une semaine. La liaison est spécifique sur les récepteurs et une fois que le système est saturé, il n'y a plus d'effet. La mésothérapie se fait à trois niveaux : intradermique superficiel (nappage), dermoépidermique (formant des papules) et dans des bolus profonds dans le derme. Les résultats sont visibles après 2 à 3 sessions, à intervalle de 4 à 6 semaines.

Pour conclure, nous avons parlé de l'effet du PRP en combinaison avec de l'acide hyaluronique, grâce à différentes études qui démontrent la meilleure efficacité de cette combinaison sur l'élasticité et l'amélioration de la qualité de la peau.

## 2. PRP pour le rajeunissement cutané

La Dre Denise Steiner a montré un examen de la littérature afin d'appuyer l'utilisation du PRP pour le rajeunissement cutané. Il existe des controverses en matière de dose, de durée et de résultats, car les formes d'application et les volumes varient d'une zone à l'autre. Il est donc, pour l'instant, impossible de comparer une étude avec une autre.

Il a été possible de démontrer l'augmentation du collagène, mise en évidence par la biopsie cutanée, ainsi que son effet sur l'amélioration de la micro-inflammation, la diminution de l'excès de sébum, la prolifération des fibroblastes dans le derme, l'activation des fibroblastes, l'amélioration de la vascularisation, la restauration de la vitalité et de la turgescence de la peau.

En ce qui concerne l'utilisation de PRP dans le mélasma, son utilisation est controversée, même si elle semble améliorer le blanchissement cutané grâce à une augmentation de TGF-B qui inhibe la mélanogénèse.

## 3. PRP pour l'alopecie

La Dre Gloria Garnacho nous a présenté un examen de la littérature sur l'utilisation du PRP pour l'alopecie, ainsi que sa propre expérience de cas cliniques.

En plus des utilisations connues, une fenêtre s'ouvre de plus en plus, principalement dans l'alopecie cicatricielle, grâce à l'utilisation du PRP combiné pour contrôler l'inflammation produite dans ce type d'alopecie, mais toujours dans le cadre d'une combinaison de traitements.

L'injection de PRP est une alternative sûre et efficace, qui nécessite au moins trois séances, séparées d'un mois. Elle semble donner les meilleurs résultats chez les hommes présentant une AGA non sévère, et la technique est préférable à l'injection manuelle plutôt qu'à l'injection par dispositif.

Le PRP peut stimuler la vie de la bêta caténine qui joue un rôle essentiel dans la stimulation des cellules souches du follicule pileux et de sa régénération.

À nouveau, la Dre Garnacho a insisté sur le fait que les résultats des études sur le PRP sont difficiles, voire impossibles à interpréter, à cause de leur méthodologie distincte.

Les indications du PRP pour l'alopecie sont les suivantes : alopecie androgénétique féminine et masculine, alopecie cicatricielle, anti-vieillesse des cheveux et alopecie après des traitements oncologiques et dans l'effluvium télogène.

## 4. PRP et toxine botulique

La Dre Patrizia Chú a commencé par renforcer les bases de la technique PRP, puis a demandé si la toxine botulique et la thérapie PRP peuvent interagir dans une séance combinée de rajeunissement de la peau. En expliquant différentes études basées sur cette hypothèse, elle en a tiré la conclusion suivante : le PRP a un effet inhibiteur sur la toxine botulique de type A, lorsqu'il est appliqué simultanément. Il est donc suggéré d'effectuer ces deux techniques lors de sessions séparées. Ainsi, le PRP pourrait être utilisé comme option autologue et à accès facile pour le traitement de la surdose de toxine botulique.

## 5. Techniques combinées : PRP et cellules souches avec CO2 fractionné ou microaiguilles

La Dre Maritza Kummerfeldt a montré comment les cellules souches, comme le PRP, sécrètent de multiples facteurs de croissance stimulant la synthèse et la migration du collagène, rendant leur injection efficace pour les processus de cicatrisation, l'épaississement de la peau, leur effet anti-mélanogène sur le mélasma, les cicatrices post-acnéiques et la croissance des cheveux.

De plus, son utilisation peut être combinée à des techniques de laser CO2 fractionné ou à des systèmes de microaiguilles électroniques, démontrant des différences notables dans la réduction de l'érythème et la durée de la guérison.

## 6. Stimulateurs cutanés et biostimulation pour le rajeunissement de la peau

Le Dr Javier Ruiz a parlé de l'effet des stimulateurs cutanés (skinbooster) et de la biostimulation sur la peau.

Les stimulateurs cutanés sont des micro-injections d'acide hyaluronique à faible densité qui nourrissent et hydratent la peau en profondeur. Les principaux avantages sont les suivants : améliorer

l'élasticité et la structure de la peau, apporter de l'éclat et rétablir l'équilibre de la peau. L'acide hyaluronique agit comme un transporteur pour le collagène et l'élastine. Il se lie et attire facilement les molécules d'eau, activant les fibroblastes indirectement : une simple injection sur la peau stimule déjà le collagène. Il existe sur le marché de l'acide polylactique, de l'hydroxyapatite de calcium et du polycaprolactone qui produisent une réponse inflammatoire dont le niveau va dépendre des facteurs suivants : caractéristiques du patient, plan d'injection, quantité utilisée, propriétés du biomatériau, technique d'injection. La réponse sera donc différente chez chaque patient.

---

## Pathologie génitale masculine

### 1. Situation épidémiologique de la pathologie génitale masculine en Uruguay

La grande experte à ce sujet, la Dre Caroline Agorio, coordinatrice de l'unité d'urodermatologie en Uruguay, nous a enchantés avec ces données.

La pathologie génitale masculine comprend plusieurs dermatoses locales, systémiques et infections avec affectation psychologique. Les urologues, les infectiologues et les dermatologues se partagent ces patients et la prise en charge doit donc être pluridisciplinaire. Il est clair que la pathologie inflammatoire, tumorale pré-maligne et maligne, est plus fréquente chez les patients non post-ectomisés. La Dre Agorio a créé un groupe pionnier pluridisciplinaire en Uruguay, chargé de la pathologie génitale masculine. L'objectif est de décrire l'épidémiologie de la région, de mettre en corrélation la présence de prépuce et de comorbidités, et d'analyser les biopsies réalisées, ses indications et ses complications, ainsi que son diagnostic et le bon traitement.

Les 10 grands conseils en dermatose génitale masculine sont :

1. Lésions qui persistent dans le temps et dont la malignité ne peut être exclue : biopsie.
2. La présence du prépuce est fortement associée à une incidence plus élevée de maladies cutanées génitales.
3. La post-ectomie est un pilier thérapeutique de plusieurs dermatoses inflammatoires et tumorales.
4. Les personnes post-ectomisées depuis la naissance présentent une incidence moins élevée de cancer du pénis. Le cancer du pénis est donc une maladie évitable.
5. La dermatite de contact irritante est la maladie génitale la plus commune chez l'homme.
6. Le lichen scléreux est la cause la plus fréquente de phimosis chez l'homme.
7. Il ne faut pas avoir peur des corticoïdes topiques dans le lichen scléreux.
8. Les macules mélanotiques génitales doivent être différenciées du mélanome.
9. Une sérologie IST doit être demandée chaque fois que cela est nécessaire.
10. Un suivi à long terme est essentiel si un diagnostic définitif n'est pas possible.

### 2. Lichen scléreux génital masculin

Malgré l'absence du Dr Tang Shim qui n'a pas pu être présent, nous avons quand même pu écouter l'enregistrement de sa conférence.

Le lichen scléreux produit un dysfonctionnement urologique et sexuel chez l'homme, en plus d'être fortement associé à un carcinome épidermique du pénis. Sa présentation peut être asymptomatique ou présenter des adhérences, des démangeaisons, des picotements, des plaques blanchâtres, des cloques, des fissures, une morbidité urologique. Différentes photographies ont été présentées, où il était cliniquement possible d'apprécier les différentes présentations cliniques. L'étiologie est inconnue, bien qu'elle ait été associée à : des infections, une immunogénicité, une auto-immunité, un traumatisme. Le traitement doit viser à réduire les dysfonctionnements urétraux et sexuels et à éviter le risque de carcinome. Au sein de l'arsenal thérapeutique, il existe les corticoïdes topiques puissants (faire attention à la réactivation de VHS à cet endroit), la circoncision, l'arrêt du tabac, l'utilisation quotidienne de savons syndet et la protection quotidienne par la vaseline..

### 3. Diagnostic différentiel de plaque rouge sur le gland

Le Dr Jorge Navarrete nous a présenté les différents diagnostics à prendre en compte face à une lésion rouge sur le gland. Les différents diagnostics sont les suivants : réaction médicamenteuse fixe, scabiose (gale), dermatite interphasique (lichen scléreux, lichen plan), psoriasis, eczéma, néoplasme (PeIN, Kaposi, Paget, MM amélanotique), infection (balanoposthite, syphilis, cellulite) et maladie de Zoon.

À noter : pour les réactions médicamenteuses fixes, les médicaments responsables les plus importants sont : les antibiotiques (TMX-SMX a une prédilection particulière pour les organes génitaux, tétracyclines), les AINS, le paracétamol, les barbituriques et l'hydroxychloroquine. Le sarcome de Kaposi est la deuxième néoplasie la plus fréquente sur le gland et peut avoir un aspect isolé sur le gland.

#### **4. Infection ano-génitale persistante à VPH et lésions intraépithéliales squameuses**

La Dre Rosa Feltes a expliqué en quoi le VPH est impliqué dans 90 % des cas de cancer anal. La prévalence du VPH chez les hommes, dans toutes les régions du monde, est de 21 %. En cas de HSIL existante, les options thérapeutiques sont multiples : imiquimod 5 %, 5-FLU 5 %, cidofovir 1 % en crème, AT 80 %, laser CO2, électrochirurgie, cryothérapie, radiofréquence, thérapie photodynamique.

La plus grande partie des hommes élimine le virus en deux ans (90 %). Pour ceux chez qui le virus persiste (notamment VPH16), le développement des lésions précurseurs du carcinome spinocellulaire est facilité.

Il ne faut pas oublier que l'incidence du cancer oropharyngé chez les hommes a augmenté au cours des dernières années à cause du taux élevé de prévalence du VPH. En outre, il existe des groupes à risque qui méritent une attention particulière et chez qui le dépistage anal et l'examen ano-génital doivent être particulièrement valorisés : HSH et positifs au VIH.

#### **5. Lésions pigmentées dans la région génitale masculine**

La Dre Sofia Nicoletti a fait une excellente présentation sur le diagnostic différentiel des lésions pigmentées de la région génitale masculine, en fonction de l'âge, d'une apparition unique ou multiple, de l'emplacement et de son schéma dermatoscopique.

Le diagnostic des lésions pigmentées génitales peut être un défi, car il existe plusieurs diagnostics différentiels bénins et malins. Une anamnèse et un examen physique corrects doivent être effectués et, dans de nombreux cas, des biopsies doivent être réalisées. Pour le diagnostic de mélanome muqueux, l'évaluation de la couleur est plus importante que la structure : le bleu, le blanc ou le gris doivent faire suspecter un mélanome. La prise en charge doit être individualisée et le suivi doit être obligatoire avec dermatoscopie et biopsies guidées.

---

## **Dermatose chez le nouveau-né**

### **1. Affections du cordon et du moignon ombilical chez le nouveau-né**

La Dre Patricia Garnica a expliqué les principales affections du cordon ombilical chez le nouveau-né. Le cordon ombilical est un organe transitoire vital dans la communication intra-utérine entre la mère et le fœtus. Parfois, il existe un retard de séparation du cordon ombilical de plus de 3 semaines, à cause de facteurs périnataux comme la prématurité, le faible poids à la naissance ou l'utilisation d'antibiotiques topiques ou systémiques. Il faut écarter l'hypothèse d'une infection, d'une anomalie urachique ou d'une immunodéficience chaque fois que ce retard se présente. En général, les pathologies liées au cordon ombilical peuvent être dues à des anomalies de développement (restes du canal omphalomésentérique, anomalies urachiques ou hernies ombilicales), des masses ombilicales (granulomes ombilicaux et polypes ombilicaux) ou des infections telles que l'omphalite. Un des traitements du granulome ombilical est le nitrate d'argent, ainsi que le propionate de clobétasol et les granules de sel, bien qu'ils puissent provoquer une dermatite irritante.

En ce qui concerne les soins du moignon ombilical, dans les pays où la mortalité est faible, il doit s'agir de soins secs. Dans les pays où la mortalité est élevée, il faut utiliser de la chlorhexidine à 4 %. Il est important de reconnaître les différentes pathologies du cordon et du moignon ombilical afin de proposer un traitement et un pronostic approprié pour chaque cas.

## **2. Ichtyose chez le nouveau-né**

La Dre Daisy M. Blanco a longuement discuté de l'ichtyose et de son approche globale chez les nouveau-nés. Les ichtyoses constituent un groupe hétérogène de maladies secondaires à une perturbation de la qualité de vie des patients et de leurs familles. La nouvelle classification des ichtyoses a permis de mieux comprendre la maladie et d'assurer le bon diagnostic, car elle prend en compte les aspects cliniques, histologiques et moléculaires de cette maladie. La découverte des troubles génétiques sous-jacents est essentielle pour le développement de thérapies plus ciblées et éventuellement curatives, telles que la thérapie génique.

## **3. Aplasie cutanée congénitale**

Le Dr Franz Barnes Saldaña a exprimé un point de vue général sur cette pathologie. L'aplasie cutanée correspond à une malformation congénitale peu fréquente, qui consiste en l'absence localisée de peau à la naissance, partielle ou totale, affectant l'épiderme, le derme, le tissu cellulaire sous-cutané et même l'os. Dans la plupart des cas, elle se présente de manière isolée et il faut s'assurer qu'elle n'est pas associée à d'autres syndromes ou malformations congénitales. La majorité des cas sont dus à des mutations sporadiques et leur pathogenèse est inconnue et multifactorielle. Dans la plupart des cas, l'aplasie se trouve sur le cuir chevelu. Il faut écarter des syndromes tels que le syndrome de Bart ou le syndrome de Adams-Oliver. De plus, il faut la différencier des traumatismes obstétricaux, de l'encéphalocèle, du sinus péricrânien et de l'épidermolyse bulleuse. Sa prise en charge doit être individualisée et, dans les cas prudents (moins de 1 cm), il convient d'administrer des émoullissants, des antibiotiques topiques, des hydrogels et de couvrir le défaut. Pour la prise en charge chirurgicale, des allogreffes, des autogreffes ou des greffes de cheveux doivent être réalisées dans les cas indiqués. Le pronostic est bon lors de petites lésions.

## **4. Tumeurs chez le nouveau-né**

La Dre Margarita Larralde nous explique l'importance de connaître les différentes lésions tumorales de la période néonatale, car elles représentent un défi. La biopsie de tumeurs d'aspect vasculaire ou de véritables tumeurs vasculaires effraie généralement les dermatologues. Une équipe pluridisciplinaire formée est nécessaire pour assurer une prise en charge appropriée.

La myofibromatose infantile est la tumeur bénigne des tissus mous la plus fréquente dans la petite enfance (moins de 2 ans). Il s'agit le plus souvent d'une plaque solitaire, généralement de bon pronostic et de résolution spontanée.

Le fibrosarcome congénital infantile est une tumeur mésoenchymateuse rare, plus fréquente aux extrémités, avec un pronostic relativement bon par rapport à la forme adulte. L'immunohistochimie démontrera la présence de vimentine +. Le traitement est la chirurgie après la chimiothérapie.

Le syringocystoadénome papillifère est un nævus organoïde congénital ou acquis qui survient de manière isolée ou sur un nævus sébacé de Jadassohn qui peut parfois se trouver dans le cadre d'un syndrome.

La lipofibromatose infantile est une tumeur rare des tissus mous se présentant sous la forme d'un nodule sous-cutané solitaire, ferme, mal délimité, non douloureux, situé sur les mains et les pieds, sans potentiel métastatique. Il doit être réséqué chirurgicalement, ou il faut observer si la croissance est lente. La récurrence peut atteindre 30 % des cas.

Le dermatofibrome protubérant est une tumeur fibrohistocytaire rare, localement agressive, avec un taux de récurrence élevé et un faible risque de métastases. Il s'agit de macules, plaques ou nodules principalement situés sur le tronc et les extrémités. Son traitement est chirurgical.

## **5. Syndrome KID**



La Dre Rosalía Ballona a fait une excellente présentation du syndrome KID. Ce syndrome fait partie des syndromes ichtyosiformes des syndromes autosomiques (et non liés au chromosome X). C'est un trouble congénital rare caractérisé par : une kératite, une ichtyose et une surdité associées à des mutations du gène GJB2 codant pour des protéines telles que la connexine Cx26. Parfois, le syndrome ne peut pas être diagnostiqué à la naissance, car les résultats cliniques ne peuvent pas être complets. Il est important au niveau de la peau de couvrir les complications telles que les infections cutanées opportunistes bactériennes et fongiques qui peuvent conduire à des septicémies et à des candidoses systémiques.

---

## Esthétique de la zone péri buccale

### 1. Esthétique péri buccale : code-barres et ride fine

La Dre María Vicente Ruiz a expliqué en quoi le rajeunissement de la lèvre supérieure est très important pour percevoir l'attrait d'un visage, c'est pourquoi il s'agit d'un traitement très populaire. Le rajeunissement de cette zone se doit à la résorption osseuse, la réduction des compartiments graisseux, l'amincissement de la peau, l'élastose et l'influence de l'exposome (rayons ultraviolets, pollution, tabac, nutrition, produits cosmétiques, microbiome, etc.). C'est pourquoi nous devons utiliser une bonne photoprotection, éviter le tabac et utiliser des cosmétiques ciblés. Cette zone doit être traitée depuis le compartiment profond (fournissant un support) avec de l'acide hyaluronique réticulé à haut G'. Le derme est ensuite traité avec des acides hyaluroniques non réticulés à l'aide de techniques de blanchiment, de complexes vitaminés, de lasers et de radiofréquences. L'épiderme est traité par laser, peeling, technologie plasma ou IPL. Il s'agit donc d'une approche holistique, sans surtraitement de cette zone et avec une bonne prévention.

### 2. Augmentation des lèvres avec canule

La Dre Elena Vargas a expliqué l'anatomie des lèvres et ses proportions idéales (proportion de 1/1,6 chez les personnes caucasiennes). Pour éviter les complications liées à la présence de matériaux de remplissage dans les vaisseaux sanguins, des infiltrations superficielles et une approche perpendiculaire à partir de la lèvre cutanée semblent être la meilleure option, car l'artère est souvent située dans la lèvre rouge. Il existe plusieurs techniques d'augmentation des lèvres : ponctions en série, infiltrations linéaires et en éventail, profilage, technique d' version et infiltration en tour. Les occlusions vasculaires étaient plus nombreuses avec l'aiguille qu'avec la canule (6 fois moins d'occlusions vasculaires) et cette dernière a produit moins de lacérations dans la microvasculature. L'augmentation des lèvres est une technique sûre avec la canule et facile à réaliser, permettant une approche p riorale. Il est recommandé d'infiltrer le philtrum avec une aiguille. Les retouches sont généralement mieux faites avec une aiguille.

### 3. Comment optimiser l'infiltration de la toxine botulique dans le tiers inférieur du visage et du cou

  nouveau, la Dre Elena Vargas a expliqué l'utilisation de la toxine botulique dans la région inférieure du visage et du cou.

Cette zone est plus complexe que la partie supérieure, moins fiable et avec des résultats plus indésirables. Elle implique des muscles importants associés à la nourriture, aux boissons et aux expressions.

En ce qui concerne le DAO (dépresseur de l'angle d'Oris) : il faut le palper, éviter les points médians, ponctionner latéralement au pli labiomentonnier et inférieurement au foramen mental et traiter également le platysma.

Le muscle mentonnier soulève le menton et la lèvre inférieure, produisant le sillon mentonnier horizontal et la peau d'orange sur le menton. Il faut ponctionner un point sur la ligne médiane ou deux points en profondeur, latéralement et perpendiculairement à la peau.

Pour le muscle orbiculaire des lèvres, il faut éviter de piquer médialement et près de la commissure. Cela peut produire des sensations inhabituelles pendant les vingt premiers jours.

Pour le traitement des rides péribuccales, des doses excessives peuvent provoquer une lèvre trop plate.

Pour le cou, l'infiltration de toxine en bande doit être faite en pinçant la bande et en injectant par voie intramusculaire de manière superficielle, en infiltrant 2 à 6 points par bande avec 1 à 3 unités par point. Ne jamais injecter plus de 50 unités dans le cou. Les injections profondes peuvent engendrer dysphagie et dysphonie.

---

## **Urticaire chronique : présent et avenir**

### **1. Urticaire chronique : phénotype et particularités cliniques**

La Dre Isabel Ogueta nous a montré l'importance de la caractérisation de nos patients, ainsi que de la prédiction de leur réponse thérapeutique. Elle a parlé de l'importance de la prise en charge individualisée des patients atteints d'urticaire chronique spontanée, en tenant notamment compte des phénotypes, des endotypes et des biomarqueurs. La VSG et la PCR sont systématiquement recommandées dans l'UCS. Les biomarqueurs biologiques associés à la maladie inflammatoire chronique sont la PCR, le volume plaquettaire moyen et l'IL-6, et les niveaux plasmatiques sont associés à l'activité de la maladie. L'UAS7 basal est le premier facteur prédictif permettant de soupçonner que le patient aura besoin de médicaments de troisième ligne (omalizumab).

Les patients avec un mécanisme pathophysiologique basé sur l'auto-immunité de type IIb (AAST +/TAB +) auront une réponse plus lente à l'omalizumab (répondants lents). Des taux bas d'IgE totales et de FcERI prédisent une réponse plus faible à l'omalizumab. L'augmentation des D-dimères prédit une réponse plus rapide au traitement anti-IgE. La PCR, la IL-6, le D-dimère et F1+2 sont les candidats les plus prometteurs en tant que biomarqueurs et doivent être davantage étudiés.

### **2. Diagnostic différentiel de l'urticaire chronique spontanée et éruptions urticariennes**

La Dre Margarida Gonçalves a parlé des principaux diagnostics différentiels possibles de l'urticaire, tels que la vasculite urticarienne, les syndromes auto-inflammatoires, l'angioedème non-MC, la pemphigoïde bulleuse et la dermatite urticarienne, qui sont les principaux.

En ce qui concerne la vasculite urticarienne, il faut souligner le rôle du complément : si ce dernier est normocomplémentaire, il indique une urticaire sévère.

Pour les syndromes inflammatoires, il faut souligner le syndrome de Still et le syndrome de Schnitzler. Dans l'angioedème non-MC, elle met en évidence la baisse du C4, la baisse de l'inhibiteur du C1, en se rappelant que l'angioedème peut être induit par les inhibiteurs de l'ECA, le valsartan, le sacubitril, les sartans et les gliptines. Les dermatites urticaires sont une hypersensibilité cutanée qui associe l'urticaire à l'eczéma, 10 % étant d'origine paranéoplasique. Afin de différencier les éruptions urticaires, nous avons besoin d'une bonne histoire clinique, d'un examen approfondi, d'une biopsie et de tests de biomarqueurs.

### **3. Que nous réserve l'avenir ? Comment allons-nous traiter l'urticaire et l'angioedème en 2022 et dans le futur ?**

L'éminente Dre Ana Maria Giménez Arnau, pionnière mondiale dans l'étude de l'urticaire, nous a enthousiasmés avec sa présentation.

L'urticaire chronique a une prévalence mondiale de 4 %. L'objectif thérapeutique à atteindre est l'absence de symptômes. Fait important : il n'y a pas que de l'histamine dans une papule. Le récepteur du facteur plaquettaire actif s'exprime également dans la papule et peut être un objectif thérapeutique. L'unique marqueur de réfractarité des antihistaminiques est l'UAS 7 basal. Il est important de souligner que, pour l'instant, le seul antihistaminique ayant une activité face au PAF est la rupatadine.

L'omalizumab est autorisé chez les femmes enceintes, en association avec d'autres agents biologiques, chez les enfants à partir de 12 ans et dans diverses comorbidités. Il faut savoir que les directives stipulent que si un patient ne répond pas à une dose de 300 mg/mois, il faut passer à 600 mg/mois, ce qui est déjà accepté. La ciclosporine peut être associée à l'omalizumab et améliorer les taux de réponse.

En ce qui concerne les nouveaux traitements, le ligelizumab s'est arrêté en phase III, car il ne s'est pas montré plus efficace que l'omalizumab. Le benralizumab, en phase III, bloque les éosinophages. L'inhibiteur de TSL, le tezepelumab, est en phase IIb. L'inhibiteur de BTK est actuellement utilisé pour le cancer. Une mention spéciale doit être faite pour le remibrutinib, qui va entrer en phase III et dont les résultats sont, jusqu'à présent, très prometteurs.

---

## Controverses du mélanome

### 1. Lentigo de Hutchinson (lentigo malin)

Le Dr Fernando Stengel a donné cette conférence sur la prise en charge du lentigo de Hutchinson. Il faut savoir que les photodommages associés compliquent l'interprétation. Il n'est pas si facile de faire le bon diagnostic de cette affection, car elle évolue, également sur le plan moléculaire, vers un mélanome lentigo malin. De plus, le lentigo malin survient en général chez les personnes âgées, ce qui accroît la morbidité et augmente donc le rapport risque-bénéfice du traitement de ces lésions. Le traitement du lentigo malin sera le traitement chirurgical de choix. Il existe plusieurs alternatives : l'imiquiremod (en monothérapie, en traitement adjuvant il semble réduire sa taille, et en traitement néoadjuvant malgré un taux de récurrence de 4 %), la radiothérapie, la cryothérapie, le laser et même l'observation chez des patients sélectionnés.

### 2. Rôle de la technique du ganglion lymphatique sentinelle dans le mélanome. Mise à jour 2022.

Le Dr Abel González nous a confirmé qu'il est désormais clair que la biopsie du ganglion lymphatique sentinelle doit être pratiquée et qu'elle constitue le facteur pronostique le plus important. Ce n'est pas le cas du curage ganglionnaire, qui n'est actuellement pas indiqué, même si le SLNB est positif, car il a été démontré qu'il n'augmente pas la survie. Seuls 8 % des cas de BSCG+ présentent des ganglions affectés adjacents, ce qui explique que le bénéfice-risque d'une lymphadénectomie totale ne diminue pas en fonction de sa réalisation. À l'avenir, nous ne ferons probablement même plus de BSGC et nous disposerons de marqueurs génétiques qui ne permettront pas de prédire le meilleur traitement dans chaque cas.

### 3. Surdiagnostic de mélanome et controverse sur l'évolution des taux d'incidence et de mortalité

Le Dr Jose Antonio Sanches nous a expliqué que, au cours des 10 dernières années, les taux de nouveaux cas ont augmenté, alors que les taux de mortalité ont diminué. L'augmentation du diagnostic a été largement débattue, mais le surdiagnostic pourrait causer des dommages. L'augmentation des diagnostics de mélanomes se limite à la forme cutanée, alors que la forme non cutanée est restée stable. Les facteurs possibles de l'évolution de cette incidence pourraient être : l'exposition aux UV, un trop grand nombre de biopsies cutanées, un dépistage accru du cancer de la peau, des changements dans le diagnostic histologique du mélanome, un sous-diagnostic historique et le vieillissement de la population.

### 4. Controverses thérapeutiques : présentation d'un cas

Le Dr Matias Maskín nous a présenté le cas difficile d'un patient atteint de MM dans les membres inférieurs avec des lésions cutanées sans métastases à distance. Le schéma thérapeutique a été le suivant : utilisation de pembrolizumab, perfusion isolée du membre, apparition de nouvelles lésions



malgré la PET, utilisation de dabrafenib/trametinib, augmentation des lésions actives, utilisation de la chirurgie et ipi/nivo. La présentation du cas a dû être interrompue par manque de temps.

---

## Alopécie androgénétique chez la femme

### Examens biologiques et profil hormonal de la FAGA. Quand les demander.

La Dre Cristina Serrano nous a présenté un excellent exposé sur ce qu'il faut rechercher et ce qu'il faut écarter sur le plan hormonal chez les patientes atteintes de FAGA.

Nous pouvons diviser les alopecies androgénétiques féminines en préménopause et postménopause, et celles-ci peuvent encore être subdivisées avec et sans excès d'androgènes. Dans l'alopecie avec excès d'androgènes ou sensibilité accrue, ils sont produits dans les ovaires ou la glande surrénale et sont responsables d'une phase anagène plus courte, d'une phase télogène plus longue, d'une miniaturisation des cheveux, ainsi que d'une diminution de la pigmentation. Dans l'alopecie androgénétique féminine sans excès d'androgènes, nous devons notamment souligner : l'augmentation de la prolactine, l'hypothyroïdie, l'augmentation des œstrogènes ou un défaut de l'aromatase, car ils produisent des modifications hormonales non androgènes. Par conséquent, dans les FAGA de cause organique, il peut y avoir un problème au niveau des ovaires ou du cortex surrénalien. Il est important de souligner le rôle de l'insuline dans ce type d'alopecie. Cette augmentation peut être due soit directement à une augmentation de l'IGF-1, soit à une résistance à l'insuline chez les femmes obèses.

L'analyse hormonale ne doit être demandée qu'en cas de SAHA ou de menstruations irrégulières, d'IMC>25 ou de masculinisation. Des études montrent qu'il n'est pas nécessaire de déterminer l'hémoglobine, la ferritine, la vitamine B12 ou la fonction thyroïdienne chez les patientes atteintes de FAGA, car il n'y a pas de corrélation significative avec son déficit.

### Ce qui est nouveau et ce qui est utile dans l'approche thérapeutique de l'alopecie androgénétique féminine

Le Dr Luis E. Sánchez Dueñas a démontré comment la miniaturisation du follicule est due à plusieurs facteurs, comme l'augmentation de la sensibilité aux androgènes, des variants de l'aromatase, un syndrome métabolique, une hyperandrogénie et une hérédité polygénique.

Nous avons passé en revue les traitements connus tels que le minoxidil oral à des doses allant jusqu'à 2,5 mg/jour avec des effets secondaires minimes. Le minoxidil intralésionnel semble augmenter le pourcentage de poils anagènes et réduire le nombre de perte. Le minoxidil sublingual a rapidement été mentionné, utilisé à des doses de 0,45 à 0,9 mg par jour, avec des effets secondaires similaires au minoxidil oral. En ce qui concerne les anti-androgènes, nous avons parlé de l'utilisation du finastéride et du dutastéride oral, avec de très bons résultats. Utilisation de finastéride topique jusqu'à 1 %, avec une bonne réponse clinique. Utilisation de spirinolactone à des doses de 100 à 200 mg/jour, surtout dans les cas associés à la séborrhée, ainsi que de bicalutamide à des doses de 25 à 50 mg/jour. La plus récente est l'utilisation de bicalutamide intralésionnel à 0,5 % par mois. Il faut toujours individualiser en fonction du patient et comparer le rapport bénéfice/risque attendu.

### Alopecie fibrosante dans un schéma de distribution : le principal diagnostic différentiel

La Dre Gisela D'Atri nous a expliqué en quoi les alopecies cicatricielles sont un défi important en matière de diagnostic. L'importance de l'utilisation de la dermoscopie dans tous les types d'alopecies, avec ou sans prurit. En cas de doute, le type d'alopecie doit toujours être confirmé par une trichoscopie guidée par un pathologiste qualifié. Un diagnostic précoce peut éviter la perte définitive des cheveux.

L'alopecie fibrosante dans un schéma de distribution est une forme distincte d'alopecie cicatricielle sous-diagnostiquée, considérée comme une variante du lichen plan pilaire et ses lésions lichénoïdes sont limitées aux zones d'AGA. Il n'y aura pas les lésions multifocales présentes dans le lichen plan

pilaire classique et il n'y aura pas de recul de la ligne des cheveux de l'AFF. À la trichoscopie, nous verrons des zones d'anisotrichose, ainsi que des écailles tubulaires avec ou sans érythème et l'absence d'orifices. Le traitement sera local : minoxidil et stéroïdes topiques (ou tacrolimus), anti-androgènes (pour leur effet anti-inflammatoire) et/ou hydroxychloroquine. Les cas de greffe de cheveux ont montré une bonne croissance initiale, mais ceci n'est pas synonyme de réussite : la perte de cheveux survient généralement après 4 ans environ.

### **Greffe capillaire dans l'alopecie androgenetique feminine**

Le Dr Francisco Le Voci a donné plusieurs éléments à prendre en compte pour réaliser une greffe capillaire chez la femme. Il faut garder à l'esprit que la ligne antérieure des cheveux suit un schéma caractéristique dont il faut être conscients. Lors de l'insertion des follicules, les placer à un angle très aigu, en évitant de les mettre à la verticale. Il faut assurer le bon angle aux points centraux et latéraux afin de garder le naturel. À noter : la région temporale n'est pas concave, mais convexe. Il est important de recevoir un traitement oral avant la greffe.

### **Camouflage cosmétique dans l'alopecie androgenetique feminine**

Le Dr David A. Castillo a expliqué les différentes formes de camouflage cosmétique à connaître pour diminuer l'effet psychologique négatif de l'alopecie sur les femmes. Il existe des prothèses temporales (pour couvrir la zone de calvitie), des fibres pour épaissir les cheveux, des sprays et poudres, mais aussi des camouflages semipermanents comme la micropigmentation. Pour les sourcils et les cils temporaires, il est possible d'utiliser des faux cils, des faux sourcils ou des semi-permanents comme les tatouages et le microblading.

L'alopecie n'est pas un danger mortel, mais affecte grandement la qualité de vie. Il s'agit d'une entité multifactorielle. Son traitement doit donc être pluridisciplinaire. Les systèmes de camouflage améliorent l'estime de soi et la qualité de vie des patientes. Il n'existe pas de technique efficace à 100 %, le choix de la technique dépend de la patiente. C'est notre devoir de nous familiariser avec les techniques existantes pour conseiller nos patientes.

---

## **Alopecie androgenetique chez l'homme**

### **MAGA. Rappel historique et stadification (classements)**

Nous avons eu l'honneur d'écouter trois références dans le monde de la trichologie depuis ses débuts. Nous avons commencé par faire un résumé de l'étude de la trichologie avec le Dr Camacho. En 1942, Hamilton a proposé la première stadification de l'alopecie androgenetique, modifiée dix ans plus tard et introduisant les 8 grades actuellement connus. Mais ce n'est qu'en 1972 que Ebling et Rook ont décrit les 5 grades les plus utiles de la pratique quotidienne actuelle. Il existe deux types d'alopecie androgenetique masculine : celle avec un schéma masculin (5 grades), et celle avec un schéma féminin (3 grades). Il faut savoir que l'alopecie androgenetique masculine est associée aux androgènes, et l'hérédité est polygénique, ce qui conduit à l'apoptose cellulaire. Il n'y a pas que les androgènes qui jouent un rôle clé, mais également l'inflammation environnante démontrée dans les échantillons histologiques avec la présence de lymphocytes T. La pathogénie est liée à l'apoptose, et l'apoptose est liée aux trois voies de la caspase, en particulier la caspase 3, située à l'isthme folliculaire. La DHT liée à son récepteur produit l'apoptose à travers des phénomènes biologiques (5 alpha-réductase, DHT, prostaglandines), physiologiques (remodelage tissulaire) et structurels tels que la tension, la galéa aponévrotique et le muscle.

Les effets secondaires possibles des inhibiteurs de la 5 alpha-réductase ont été mentionnés, comme les cas que nous voyons de gynécomastie, qui est généralement unilatérale et quelque peu douloureuse, et toujours réversible avec l'arrêt oral du médicament ou simplement une diminution de la dose.

## Nouveautés dans le traitement de l'alopecie androgenetique

Le Dr Ferrando a commenté les dernières thérapies utilisées dans l'alopecie androgenetique masculine, comme la mesotherapie avec dutasteride à une dose de 0,05 à 0,1 % dans de l'eau sterile ou des liposomes. Nous obtenons de bons résultats avec le minoxidil oral à une dose de 2,5 mg/jour pour la MAGA. Les lampes LED peuvent nous apporter un complément, car l'injection de PRP améliore la qualité des cheveux. Pour les nutricosmétiques capillaires, nous devons veiller à ce qu'ils contiennent des acides aminés soufrés, des vitamines B, de la vitamine D, des oligo-éléments et des inhibiteurs naturels de la 5 alpha-réductase, dont beaucoup sont obtenus par une alimentation équilibrée.

## Nouveautés dans la microchirurgie capillaire

Le Dr Asin nous a expliqué la technique chirurgicale de greffe capillaire, en différenciant la technique de la bandelette et la microgreffe capillaire (FUE), cette dernière étant possible avec ou sans rasage des cheveux. Il est particulièrement important de prévenir les patients qu'un traitement oral ou topique est indispensable. L'utilisation de PRP avant, pendant et après la greffe capillaire a été mentionnée pour améliorer le résultat clinique. Le suivi doit être réduit au minimum pendant la première année afin de résoudre les éventuelles complications peu fréquentes telles que la folliculite secondaire à la rupture de l'épiderme, l'inconfort, etc.

Compte-rendus rédigés par

**Dre Marcela CIRIGLIANO**

Dermatologue, Argentine

## Controverses du mélasma

### Pourquoi une photoprotection spéciale est-elle nécessaire ?

**Dre Maria Ivonne Arellano Mendoza**

La Dre Arellano Mendoza a développé sa présentation autour de la nécessité pour les patients atteints de mélasma et d'hyperpigmentation post-inflammatoire (HPI) de recevoir une photoprotection spéciale pour prévenir les dommages causés par les rayons ultraviolets (UV), mais aussi, et surtout, par la lumière visible (LV) et les rayons infrarouges (IR). Elle a souligné que 50 % des dommages sont causés par les radicaux libres (RL), qu'ils sont dépendants de la dose et qu'ils sont liés au spectre UVA, à la lumière visible et aux IR, générant des dommages oxydatifs. La lumière visible (400 à 700 nm) a des effets biologiques sur la peau : érythème, pigmentation, dommages thermiques, dommages indirects causés par les espèces réactives de l'oxygène à l'ADN (ne provoque pas de dimères de thymine) et le vieillissement prématuré. Les UVA-1 et la LV induisent une pigmentation immédiate, plus sombre et maintenue jusqu'à deux semaines, sans changement. Ils induisent en plus une production de cytokines pro-inflammatoires, ainsi qu'une augmentation des métalloprotéinases de la matrice extracellulaire. En ce qui concerne les protections solaires, elle a souligné que les filtres organiques ne protègent pas de la lumière visible et que seuls les filtres optiquement opaques sont capables d'absorber la lumière visible. Pour l'instant, les deux ingrédients utilisés comme protecteurs inorganiques sont l'oxyde de zinc et le dioxyde de titane. Les formes micronisées d'oxydes métalliques non seulement diffusent et reflètent, mais absorbent également les rayons UV. En 1991, la Dr Kaye et al. ont décrit que l'efficacité de ces bloqueurs physiques augmente encore plus avec l'ajout d'oxyde de fer. Lors d'une étude récente, Lyons et al. ont également mentionné la protection au-delà des rayons UV, lors d'un examen de l'efficacité des protections avec pigments de couleur. Les protections solaires avec couleur utilisent différentes formules et concentrations d'oxydes de fer

et de dioxyde de titane afin d'offrir une protection contre la LV et existent en différentes teintes pour convenir à tous les phototypes de peau. Par conséquent, les protections solaires avec couleur ont des avantages pour les patients atteints de photodermatose induite par la LV et ceux atteints de troubles de l'hyperpigmentation comme le mélasma et l'hyperpigmentation post-inflammatoire. Ils ont également mentionné une autre étude portant sur 40 patients atteints de mélasma qui évaluait l'efficacité et l'innocuité d'une supplémentation orale en extrait aqueux de fougère *Polypodium leucotomos* (PLE) par rapport à un traitement par hydroquinone 4 % et à une photoprotection SPF 50+. L'extrait de PLE a démontré une activité antioxydante et photoprotectrice et a été utilisé pour le traitement de divers troubles pigmentaires. Cette étude a indiqué que le produit à base d'extrait aqueux de PLE a considérablement amélioré et accéléré le résultat obtenu avec l'hydroquinone et la protection solaire, presque dès le premier mois de traitement par rapport au placebo, sans qu'aucun effet secondaire significatif ne soit signalé. La Dre Arellano Mendoza a terminé sa conférence en soulignant que si les antioxydants tels que l'extrait de PLE susmentionné sont des compléments efficaces, la protection offerte par un écran solaire topique ne peut être comparée à celle d'un antioxydant oral et qu'ils ne doivent jamais constituer une stratégie unique de photoprotection. Il est essentiel d'en informer les patients avec insistance, en expliquant que leur utilisation s'inscrit dans une stratégie en deux temps, en tant qu'adjuvant à la photoprotection topique.

### **Acide tranexamique. Quelle-est la meilleure voie ?**

#### **Dre Elda Gisante**

La Dre Elda Gisante a parlé de l'acide tranexamique (AT) et de son utilisation dans le traitement du mélasma, en précisant que son utilisation pour cette pathologie n'est pas approuvée par la FDA (Food and Drugs Administration). Elle a expliqué qu'il s'agit d'un analogue synthétique de la lysine, utilisé comme agent hémostatique avec une action antifibrinolytique. Son mécanisme d'action se base sur l'inhibition de la liaison du plasminogène aux kératinocytes, bloquant la voie de l'acide arachidonique et des prostaglandines, diminuant l'activité de la tyrosinase et de la mélanogénèse avec une réduction conséquente de la pigmentation épidermique. Un autre mécanisme décrit est celui de l'inhibition des facteurs vasculaires (VEGF et endothéline-1), également impliqués dans la physiopathogénie du mélasma. La Dre Giansante a indiqué que l'AT a été utilisé dans le traitement du mélasma par plusieurs voies d'administration. Sous forme orale, les doses utilisées dans plusieurs articles vont de 250 mg/deux fois par jour à 500 mg/trois fois par jour pendant des périodes allant de 3 à 6 mois. La réponse est généralement bonne. Lors d'études cliniques contrôlées, une dose de 250 mg toutes les 12 heures s'est montrée efficace pour modifier le mMASI et le MASI par rapport au placebo, la réponse clinique étant observée après 6 à 8 semaines de traitement. La Dre Giansante a souligné que c'est la durée du traitement et non la dose plus élevée qui rend le schéma de traitement plus efficace. Elle a également souligné que les effets secondaires de l'AT, par voie orale, demeurent une préoccupation, notamment vis-à-vis du risque de thrombose systémique. Les travaux de recherche ont utilisé des concentrations d'acide tranexamique topique comprises entre 2 et 5 % dans les crèmes ou solutions, pendant des périodes de 6 à 12 semaines. Elle a également mentionné les différentes combinaisons d'utilisation topique de l'AT avec d'autres ingrédients actifs (par exemple, l'acide rétinoïque, l'hydroquinone, l'acide kojique) et une publication sur l'utilisation topique de la combinaison d'AT 2 % + niacinamide en crème pour la réduction de l'hyperpigmentation du visage, pour laquelle cette combinaison s'est avérée plus efficace que le placebo. Elle a cependant souligné un manque de preuves pour montrer quel serait le meilleur véhicule pour la pénétration de l'AT afin de garantir son efficacité. La voie intralésionnelle s'est montrée efficace avec des fréquences d'application variables : hebdomadaire, bimensuelle ou mensuelle, sous forme de mésothérapie à 5 % ou par microneedling, pouvant augmenter l'efficacité de l'AT topique jusqu'à 50 %. Elle a mentionné que l'application intralésionnelle présente des effets indésirables, comme une douleur et une sensation de brûlure. Une anesthésie locale est alors nécessaire pour réduire la douleur qui accompagne les injections multiples. Lors de sa conclusion, elle a souligné que l'AT peut être

envisagé comme traitement potentiel du mélasma réfractaire aux traitements habituels. Les preuves publiées dans les essais cliniques et les études de cas ont démontré son efficacité avec diverses voies d'administration, mais des preuves statistiques plus solides sont encore nécessaires. Elle a également souligné l'importance de bien sélectionner le patient à traiter en fonction des différentes voies d'administration.

## Laser vs IPL

### Dre Mónica Ramos

La Dre Ramos a signalé, en ce qui concerne le traitement du mélasma, que les agents topiques sont la première ligne de traitement. Cependant, en cas de réponse faible ou nulle, d'autres traitements comme la lumière pulsée intense (IPL) ou certains types de lasers peuvent être utilisés, car ils accélèrent l'élimination de la mélanine et optimisent le traitement topique. Elle a notamment mentionné les lasers et traitements lumineux utilisés dans le mélasma suivants : NDYQS 1 064 nm (tonification), avec technologie fractionnée picoseconde, laser fractionné Erbium : verre 1 550 nm, 1 540 nm, Tulio 1 924 nm, lumière pulsée intense (IPL, intense pulsed light), IPL fractionnée, laser à colorant pulsé (PDL, pulsed dye laser), laser à diode 810 nm, laser à CO2 fractionné. Elle a indiqué qu'une revue des traitements combinés pour le mélasma présente 286 articles sur le mélasma avec au moins une technologie, que la plupart ne présentent pas de suivi à long terme et qu'il est difficile de comparer les études, car les méthodologies sont différentes.

En ce qui concerne le NYQS basse fluence : Elle explique que le NYQS nano/pico libère des énergies élevées dans des impulsions très courtes et effectue une photothermolyse sous-sélective en détruisant les mélanosomes, mais pas les mélanocytes, ce qui entraîne une inflammation moindre. Il est plus efficace pour le mélasma dermique et sans danger pour les phototypes élevés. Cette technologie peut être combinée à d'autres traitements dépigmentants topiques ou oraux : par exemple, acide tranexamique oral, hydroquinone (TCC), acide azélaïque à 20 %, arbutine, acide hyaluronique IL, ou avec d'autres technologies non ablatives : par exemple, IPL, PDL, radiofréquence fractionnée avec micro-aiguilles.

Le laser fractionné non ablatif élimine la mélanine via des microcanaux, induit la néocollagénèse et est utilisé dans les mélasmas récalcitrants. Il peut également être associé à divers traitements topiques.

Le laser à colorant pulsé est utilisé pour les phototypes I-III, la composante vasculaire du mélasma, et non pour les doses purpuriques. Il peut également être associé à d'autres traitements topiques et non ablatifs.

La Dre Ramos a indiqué les recommandations suivantes pour l'utilisation de l'IPL : mélasma modéré à sévère, phototypes I-II et mélasma épidermique. En général, 2 à 5 séances sont appliquées avec un intervalle de 4 à 8 semaines entre chaque séance, avec de bons résultats. L'IPL peut également être utilisée pour le mélasma dermique, mais les résultats sont moins satisfaisants.

Pour le traitement au laser, elle mentionne que le laser QS-Nd:YAG 1 064 nm a été utilisé dans sa modalité tonique avec la technologie nanoseconde et picoseconde, ainsi que certains lasers fractionnés non ablatifs, avec de bons résultats. Cependant, le risque de récurrence et d'hyperpigmentation limite son utilisation. Une autre modalité à prendre en compte est l'administration de médicaments assistée par laser (par exemple hydroquinone à 4 % ou acide tranexamique). Elle a également indiqué qu'il est important de souligner qu'il n'est pas recommandé d'utiliser l'IPL ou le laser en monothérapie, mais comme traitements adjuvants. Pour conclure, elle a appuyé une « règle des trois L » (3L) à prendre en compte en matière de technologie : Low fluences, Less passes, less ablative options (faibles fluences, moins de passes, moins d'options ablatives).

---

## Acné : les nouveautés du 21e siècle



## Acné et régime alimentaire

**Dre María Isabel Arias Gómez**

La Dre Arias Gómez a parlé de la relation entre le régime alimentaire occidental et son association avec l'hyperactivité du complexe mTORC. Ces nouvelles connaissances fournissent une base rationnelle pour des conseils diététiques complémentaires dans la prise en charge de l'acné, consistant en une réduction de la consommation de glucides hyperglycémiant, d'insulinothrombolytiques et de protéines de lait. En ce qui concerne la relation entre le chocolat et l'acné, elle souligne que ce n'est pas le cacao qui exacerbe l'acné, mais le lait, le sucre et la teneur en graisses saturées. L'abus d'alcool peut exacerber l'acné, tout comme les aliments et les compléments contenant de la vitamine B 12. Elle mentionne également les avantages importants des aliments riches en oméga-3, en zinc, en probiotiques, en polyphénols et en vitamines A et D. Elle souligne qu'il est essentiel de recommander des habitudes alimentaires qui réduisent l'impact insulinothrombolytique du régime occidental, qui n'est pas seulement présent dans l'acné, mais aussi dans d'autres pathologies liées à la voie mTORC1 comme l'obésité, la résistance à l'insuline, le diabète et les maladies neurodégénératives. Il faut limiter les aliments gras (fritures), les fast-foods, les aliments à indice glycémique élevé, les céréales insulinothrombolytiques, les produits laitiers (les remplacer par des produits laitiers biologiques à faible teneur en hormones), le chocolat et l'alcool. Il faut recommander une alimentation riche en acides gras oméga-3, en fruits, en légumes, en antioxydants probiotiques et en thé vert.

La Dre Arias Gómez a terminé avec une citation d'Hippocrate : « Que ton alimentation soit ta meilleure médecine ! Que ton aliment soit ta seule médecine ! » et a dit, avec ses propres mots : « Les aliments construisent ou détruisent notre corps. Nous pourrions donc en conclure que notre peau est ce que nous mangeons ».

## Le microbiome cutané, une nouvelle cible dans le traitement de l'acné

**Dre Brigitte Dréno**

Au début de sa présentation, la Dre Dréno fait la différence entre le microbiome résident : les micro-organismes cutanés commensaux « normaux » en homéostasie avec l'hôte, et le microbiome transitoire, qui est composé de pathogènes de l'environnement qui résident temporairement sur la peau. Pour le premier groupe, dans l'acné, on trouverait *C. Acnes* et *S. epidermidis* et dans le microbiome transitoire, *S. Aureus*. Elle souligne que c'est la qualité et la quantité de sébum qui influencent le profil du microbiome cutané. Dans son point suivant, elle précise que la dysbiose dans l'acné n'est PAS synonyme de prolifération de *C. Acnes*, mais que la dysbiose dans l'acné est liée à la perte de diversité des phylotypes de *C. Acnes* avec une prédominance du phylotype A1A, tant sur le visage que sur le dos. C'est donc cette perte de diversité qui active le système immunitaire inné, avec pour conséquence la sécrétion de cytokines inflammatoires. La Dre Dréno indique que, de cette manière, la restauration d'une telle diversité dans le microbiome de la peau permet de supprimer la réponse inflammatoire par une régulation négative de l'immunité innée.

La dysbiose dans l'acné ne se limite pas à *C. Acnes*, car *C. Acnes* et *S. epidermidis* interagissent, *C. Acnes* inhibant le développement de *S. epidermidis* et *S. Pyogenes* en maintenant un pH acide dans l'unité pilo-sébacée et en sécrétant de l'acide propionique, et *S. epidermidis* inhibant la prolifération de *C. Acnes* en favorisant la fermentation du glycérol que la peau produit naturellement et en induisant la prolifération de l'acide succinique.

Pour finir, la Dre Dréno met en garde contre le traitement par isotrétinoïne systémique sans soins cutanés primaires appropriés qui pourrait induire une dysbiose, car il altère le microbiome cutané. Selon elle, il est donc crucial de toujours associer le nettoyage du visage avec un nettoyant au pH acide et l'hydratation de la peau chez ces patients, afin de restaurer la barrière cutanée et le microbiome. Elle répond alors à la question suivante : « Comment induire une dysbiose lors du traitement de l'acné ? En ne parlant pas correctement avec le patient de la routine de soins dont il a

besoin ». Elle poursuit en expliquant que le lavage intense de la peau, la friction excessive lors du lavage, la sécheresse causée par les médicaments de traitement de l'acné perturbent la barrière cutanée, ce qui équivaut à un phénomène de Koebner dans la peau séborrhéique, avec une perte excessive de peptides antimicrobiens et une activation du système immunitaire inné. Elle recommande donc de contrôler ce phénomène par un nettoyage, une hydratation et un maquillage appropriés, qui sont, à ses yeux, des « facteurs de réussite » dans la prise en charge de l'acné. De plus, ces données suggèrent le développement de futurs traitements de l'acné basés sur la modulation du microbiote cutané, comme les traitements « écobiologiques » anti-inflammatoires : vaccination, bactériophages, pro- et prébiotiques, pour, dans un premier temps, restaurer la diversité de la famille bactérienne et, dans un second temps, supprimer la colonisation cutanée de la famille des Enterococcaceae qui pourrait jouer un rôle dans la réponse inflammatoire et l'exacerbation.

## Lumière et laser dans la prise en charge de l'acné

**Dr José Luis López-Estebanz**

Le Dr López-Estebanz discute de l'intérêt de traiter l'acné active avec des lasers ou des sources lumineuses, en évoquant tout d'abord la thérapie photodynamique (TPD), en soulignant les mécanismes d'action proposés : la production naturelle par P. Acnes de coproporphyrine III et protoporphyrine IX, qui agissent en produisant des espèces réactives de l'oxygène, détruisant les bactéries, l'effet antibactérien et anti-inflammatoire des rayons UVA et de la lumière bleue, un effet immunomodulateur qui permet de réduire le nombre de cellules de Langerhans et augmente l'expression de TLR2. La TPD ciblerait également la glande sébacée. Il indique que l'acide aminolévulinique (ALA), l'aminolévulinate de méthyle (MAL), l'acide indole-acétique (IAA) et la chlorophylle seraient des sensibilisants potentiels. Les données d'efficacité sont les suivantes : tous les protocoles démontrent une efficacité sur l'acné inflammatoire d'environ 60 %, ALA + lumière rouge démontrent également un effet sur les lésions non inflammatoires et la sécrétion sébacée, ALA + IPL et IAA + lumière verte diminuent significativement la sécrétion de sébum. Il mentionne également les effets indésirables potentiels, le plus fréquent étant la douleur (ALA > MAL > IAA > chlorophylle), suivi par d'autres effets tels qu'érythème, brûlure, œdème et éruption pustulaire aiguë. Une hyperpigmentation post-inflammatoire a également été signalée. Celle-ci peut durer plusieurs mois et est plus susceptible de se produire en cas de séances multiples, de concentrations plus élevées de sensibilisateur et de phototypes plus élevés. Il mentionne ensuite la thérapie par lumière fluorescente comme une nouvelle modalité lumineuse différente de la thérapie photodynamique qui agit via des chromophores endogènes (cytochrome C oxydase, opsines) comme photoaccepteurs produisant une nouvelle forme de photobiomodulation avec des taux de réponse élevés et sans effets indésirables graves.

Une autre cible de ces thérapies pour l'acné active est les glandes sébacées. Il mentionne le traitement avec Erbium : verre 1 550 nm, 1 540 nm, Nd : YAG 1 064 nm, laser à diode 1 450, pénétration sélective transfolliculaire avec des particules optiques (nanoparticules d'or) + laser à diode 800 nm. Dans ces cas, il souligne qu'il est nécessaire de refroidir l'épiderme pour ne pas provoquer de nécrose et précise qu'il n'existe à ce jour que deux dispositifs approuvés par la FDA à cet effet.

Au moment de conclure, le Dr López-Estebanz souligne que les thérapies au laser sont plus efficaces en combinaison avec d'autres thérapies médicales et souvent en complément de celles-ci, et que les thérapies lumineuses, en général, font progressivement partie de l'arsenal thérapeutique contre l'acné.

---

## Les cosméceutiques en dermatologie

## Utilité des cosméceutiques en traitement de l'acné et de la rosacée

### Dr Raquel Novo Lens

Le Dr Raquel Novo Lens distingue produits cosmétiques et cosméceutiques...

Produits cosmétiques : toute substance ou tout mélange destiné à être appliqué sur les couches superficielles du corps humain (épiderme, système pileux et capillaire, ongles, lèvres et organes génitaux externes) afin exclusivement ou principalement de nettoyer, parfumer, protéger ou entretenir ces zones.

Produits cosméceutiques : produits reposant sur un principe scientifique et conçus spécialement pour un usage externe. Il s'agit de produits efficaces qui permettent d'obtenir un effet escompté tout en respectant des critères physiques, chimiques et thérapeutiques.

Ces produits contiennent un principe actif adapté aux différents cas de figure...

- Pour le traitement de l'acné : un séborégulateur, un kératolytique, un anti-inflammatoire, un dépigmentant, un photoprotecteur ;
- Pour le traitement de la rosacée : un antiangiogénique, un antiparasitaire, un anti-inflammatoire, un anti-âge, un photoprotecteur.

Le Dr Novo Lens a ensuite souligné des caractéristiques importantes ainsi que des conseils à garder à l'esprit en ce qui concerne les cosméceutiques les plus utilisés. Le tableau ci-dessous décrit certaines de ces caractéristiques.

#### RÉTINOL

Répare les kératinocytes.

Régénère l'hydratation naturelle.

Épaissit l'épiderme.

Augmente l'angiogenèse.

Active la production de collagène et d'élastine.

Effet dépendant de la concentration. Son effet diminue lorsqu'il est associé à des substances hydratantes.

Mauvaise photostabilité.

S'utilise également l'été (rétinisation de la peau).

S'utilise aussi bien face à l'acné que face à la rosacée.

Encore plus efficace quand il est associé à l'isotrétinoïne.

#### NIACINAMIDE

Pénètre dans la couche cornée.

Anti-inflammatoire, antioxydant.

Séborégulateur à hauteur de 4 % (inhibe la glycation des protéines).

Favorise la production de collagène et d'élastine.

Provoque un rougissement (vasodilatation).

Haute tolérance.

Ne pas associer à la vitamine C ni aux acides (salicylique, glycolique).

#### ACIDES

Salicylique : kératolytique, anti-inflammatoire.

Glycolique : exfoliant (pH < 3,83) ou hydratant (pH > 3,83).

Lactobionique, gluconolactone : antioxydants, anti-inflammatoires moins irritants.

Acide azélaïque (15 %) : anti-inflammatoire, antibactérien, kératolytique, dépigmentant, antiséborrhéique. Autorisé chez la femme enceinte.

## VASOACTIFS

Activent la microcirculation et décongestionnent : marron d'Inde, trèfle, vigne...

Inhibent la synthèse des VEGF : thé vert, génistéine de Glingko biloba.

Le Dr Novo Lens nous a ensuite un proposé un schéma de soins principaux répondant aux concepts suivants : nettoyer, exfolier, traiter, hydrater/protéger, transformer et apaiser. Elle nous a fourni l'exemple de l'action anti-âge :

Action

Nettoyer

Exfolier

Traiter

Hydrater/protéger

Transformer

Apaiser

Forme

Gel/mousse

Gommage fin/épais

Sérum

Émulsion non grasse

Émulsion

Masque

Principe actif

Acide salicylique ou glycolique

Microbilles

Niacinamide

SPF+

Rétinol

Acide salicylique

Fréquence

1-2 fois/jour

1-2 fois/semaine

1 fois/jour

1 fois/jour

1 fois /nuit

2 fois/semaine

Enfin, le Dr Lens Novo a attiré notre attention sur le fait que les patients cherchent également des routines de soin quotidien adaptées à leur type ou problème de peau. D'un point de vue professionnel, il convient de prendre en compte cet état de fait parallèlement à l'indication d'un traitement médical, afin d'éviter que les patients aient recours à des soins recommandés dans les médias ou sur Internet, ou encore par des personnes qui ne sont pas des professionnels de santé. En effet, ils risquent alors d'utiliser des produits qui ne conviennent pas à leur type ou problème de peau.

C'est pourquoi le Dr Lens Novo insiste sur l'importance de connaître et savoir manier les molécules qui sont complémentaires de nos prescriptions. En outre, cette démarche permet de fidéliser les patients, lesquels nous voient alors comme des spécialistes qui non seulement traitent leur maladie de peau, mais s'efforcent également de préserver la santé de leur peau.

### **Utilité des cosméceutiques au niveau des ongles**

#### **Dr María Ivonne Arellano Mendoza**

Le Dr Arellano a commencé par ajouter des caractéristiques à la définition des produits cosméceutiques :

- ils sont un intermédiaire entre les produits cosmétiques purs et les traitements médicamenteux ;
- ils se situent entre les produits sur ordonnance et les produits en vente libre ;
- ils sont utilisés pour traiter ou modifier les dermatoses.

En ce qui concerne l'effet recherché lorsque l'on utilise ou recommande un produit cosméceutique au niveau des ongles, le Dr Arellano a cité les actions suivantes :

- améliorer l'apparence des ongles ;
- fortifier ou réparer les ongles fragiles ou cassants ;
- masquer les imperfections au niveau de la surface et/ou de la couleur ;
- régénérer les ongles qui présentent des stries ou des traits.

Types de produits utilisés pour améliorer l'apparence des ongles ou pour les réparer :

- vernis à ongles ;
- produit fortifiant ou réparateur ;
- pose de gel (LED, UV) ;
- sculpting ;
- faux ongles.

Bien que les publications soient encore rares, le Dr Arellano a précisé que de plus en plus de données cliniques et de travaux apparaissent concernant les produits utilisés à des fins réparatrices. Ces derniers sont alors évalués au moyen d'instruments (dermoscope, microscope confocal) et de variables mesurables dans la population cible.

### **Utilité des cosméceutiques pour la photoprotection**

#### **Dr Denise Steiner**

Le Dr Steiner a évoqué les effets et conséquences de la perte d'immunité locale et systémique sous l'effet des rayons UVA et UVB :

- phototoxicité ;
- photovieillessement ;
- cataracte ;
- coups de soleil ;
- bronzage ;
- carcinogenèse cutanée.

Le Dr Steiner a remarqué que 75 % des dommages dus au soleil se produisent avant l'âge de 25 ans et qu'il est donc primordial de ne pas se concentrer sur l'effet des rayons UV sur des cibles comme :

- l'ADN ;
- la mélanine ;
- les protéines ;
- les vaisseaux ;
- les fibroblastes.

Elle a par ailleurs expliqué la cascade de dommages induits par les UVA qui amène au



photovieillissement :

- libération de radicaux libres ;
- libération d'IL1/IL10 ;
- libération de TNF ;
- activation de métalloprotéases MMP-1 ;
- dégradation du collagène ;
- photovieillissement.

Pour ce qui est des protections solaires, voici ses recommandations :

- utiliser un indice SPF d'au moins 30 ;
- proportion UVA/UVB et rapport PPD/SPF : 1/3. SPF = 30, PPD = 10 ;
- les filtres inorganiques (dioxyde de titane, oxydes de fer et oxyde de zinc) présentent un niveau élevé d'innocuité. Ils ne sont notamment pas contre-indiqués chez la femme enceinte ;
- Le Dr Steiner privilégie les filtres qui ne sont pas micronisés, car le risque d'absorption systémique est moins élevé.

Pour une protection intelligente... La protection contre l'oxydation se situe aux alentours de 55 % et la protection contre les UVA présente un meilleur effet antioxydant. Néanmoins, les filtres à large spectre offrent une meilleure protection anti-UVB. La liste des cosméceutiques antioxydants comprend les vitamines E et C, l'idébénone, le thé vert, l'acide lipoïque, le pycnogenol, l'acide caféique et les polyphénols.

Thé vert

- Polyphénol antioxydant.
- Contient de l'EGCG : épigallocatechine gallate.
- Annule la peroxydation des lipides et les effets immunosuppresseurs des rayons UV.
- Prévient la formation du monoxyde d'azote, des radicaux hydroxyles et de l'oxygène singulet.

Resvératrol

- Antioxydant qui module l'activité des sirtuines.
- Anti-inflammatoire, antiprolifératif.
- Chimio-prévention et cytotatique.
- Protection anti-UVB.

Acide alpha-lipoïque

- Hydrosoluble et liposoluble.
- Protège les membranes cellulaires, le cytoplasme et le noyau.
- Régénère la vitamine C, la vitamine E et le glutathion.
- Anti-inflammatoire, anti-irritation.
- Efficace en traitement des œdèmes et des poches sous les yeux.
- Concentration : 0,05 à 1 %.

Peptides

- Acides aminés liés, imitent l'action moléculaire.
- Signalisation, transport et neurotransmission.
- Argiréline et hexapeptide : inhibent la libération des neurotransmetteurs.
- Matrixyl, pentapeptide : induisent la formation de collagène.

## **Les cosméceutiques pour une action régénérante**

### **Dr Maribel Polanco**

Au sujet du marché global des cosméceutiques, le Dr Polanco a expliqué que la croissance de ce marché s'explique par la quête d'une peau plus éclatante, plus jeune et respirant la santé. La

recherche se penche sur les nouvelles technologies pour produire des cosméceutiques plus efficaces et sûrs, notamment :

- les nanotechnologies ;
- les stabilisateurs ;
- les excipients spéciaux ;
- une meilleure pénétration de la barrière cutanée.

Ainsi, les chercheurs travaillent sur des produits les moins irritants possible, agréables sur le plan de la texture, de la couleur et du parfum, et affichant des résultats visibles.

Pour ce qui est de la capacité à traverser la couche cornée, le Dr Polanco a expliqué que ces produits cosméceutiques doivent impérativement parvenir jusqu'aux couches plus profondes de la peau afin d'agir sur les sites cibles. Or la barrière naturelle de la peau complique cette pénétration. C'est pourquoi les chercheurs étudient de nouvelles stratégies afin de franchir la barrière cutanée, de nouveaux vecteurs pour atteindre les cibles thérapeutiques, d'où un besoin en recherche et développement. La couche cornée constitue le premier obstacle, puisque les ingrédients dont le poids moléculaire dépasse les 1 000 kDa traversent difficilement une couche cornée en bonne santé.

Le Dr Polanco a précisé certaines caractéristiques de plusieurs produits cosméceutiques utilisés face au photovieillissement :

### RÉTINOL

Les études ont démontré qu'une concentration de 0,0025 % est la plus adaptée pour une bonne pénétration percutanée, puis un métabolisme sous forme d'acide rétinoïque.

### ANTIOXYDANTS

Efficacité démontrée lorsqu'il s'agit d'inhiber les dommages cellulaires.

Moins présents sous l'effet du vieillissement cutané.

Bonne protection contre les radicaux libres.

### VITAMINE C

Action antioxydante.

Inhibe les MMP-1.

Éclaircit la peau en inhibant le processus oxydatif pendant la synthèse de la mélanine.

### NIACINAMIDE

Peut inhiber la réaction de Maillard.

Renforce la barrière épidermique.

Réduit l'hyperpigmentation.

Améliore l'élasticité de la peau.

Réduit les ridules.

Atténue les érythèmes dus aux dommages solaires.

En ce qui concerne le profil de tolérance des cosméceutiques chez la femme enceinte, voici les recommandations du Dr Polanco...

- Ne PAS utiliser l'hydroquinone.
- Acide azélaïque : JAMAIS au 1er trimestre et uniquement sur des zones restreintes.
- Arbutine et acide kojique : ils présentent une faible absorption systémique. Aucun risque pour le fœtus n'a été rapporté chez l'animal, mais il n'existe aucune donnée chez l'être humain. C'est pourquoi aucune recommandation n'a été émise quant à leur utilisation chez la femme enceinte.

- Rétinoïdes : ils présentent une faible absorption systémique, mais des malformations congénitales ont été rapportées lors d'études sur l'animal et chez l'être humain. Par conséquent, ne PAS les utiliser chez la femme enceinte.
- Acides alpha-hydroxylés : aucune tératogénicité n'a été rapportée chez l'animal, mais il n'existe aucune donnée chez l'être humain. Ils appartiennent à la catégorie B (FDA).
- Photoprotection : préférer les protections physiques. Ne pas utiliser de protection chimique pendant la grossesse.

## Utilité des cosméceutiques en traitement de l'alopecie

### Dr Marisa Tirado Godoy

Le Dr Tirado Godoy a tout d'abord évoqué les cosméceutiques capillaires : facteurs de croissance qui améliorent la production de collagène, caféine, follistatines, acides aminés, biotine, zync, extrait de sabal.

Dans le traitement de l'alopecie androgénétique, les cosméceutiques sont classés selon les critères suivants :

- prolongation de la phase anagène - facteurs de croissance ;
- réduction de la production de DHT - extrait de sabal et zync ;
- amélioration de l'irrigation sanguine - artémise et caféine ;
- amélioration de la gaine épithéliale - vitamines et oligo-éléments ;
- apport de nutriments - kératine et acides aminés.

Facteurs de croissance

EGF

IGF-1

VEGF

Hormone de croissance

Thioredoxine

Follistatines

Active la prolifération cellulaire : effet fortifiant.

Augmente la durée de vie cellulaire : effet détoxifiant et augmentation des cytokératines.

Stimule la phase anagène.

Antioxydante.

Active la prolifération cellulaire : effet fortifiant.

Débloquent la phase anagène. Antagonistes des BMP-2, protéines qui régulent la différenciation cellulaire et l'apoptose.

Caféine

- Favorise la prolifération cellulaire.
- Lutte contre la miniaturisation induite par la DHT.
- Augmente la microcirculation.

Acides aminés

Contribuent à réduire la perte des acides aminés naturels de la kératine, ce qui améliore la fibre capillaire.

Extrait de sabal : inhibe l'activité de la 5-alpha-réductase.

Taurine : protège le bulbe pileux - évite sa déformation et inhibe l'activité de la 5-alpha-réductase. Un effet antichute et séborégulateur a été décrit.

Protéines hydrolysées : peptides bioactifs qui fortifient et réparent la fibre capillaire. Grâce aux nanotechnologies, elles pénètrent en profondeur afin de réparer la fibre capillaire.

Panthénol : action protectrice - préserve l'hydratation et retient l'humidité.

Protéines de soie : forte teneur en acides aminés - protection et brillance.

Huile d'argan : forte teneur en acides oléique et linoléique ; réduit la perte de kératine.

Biotine : cofacteur de synthèse de la kératine.

Silybum marianum : antioxydant, effet réparateur.

En ce qui concerne le vieillissement capillaire, le Dr Tirado Godoy classe les cosméceutiques selon le site ciblé et selon l'action :

#### FIBRE CAPILLAIRE

- Fortifiants : acides aminés
- Protection contre les agents extérieurs : Tephrosia purpurea (antioxydant)
- Hydratation : panthénol
- Pointes fourchues : protéines de soie

#### CUIR CHEVELU

- Favoriser la croissance : facteurs de croissance
- Favoriser la microcirculation : caféine

---

## Nouveautés en matière de dermatologie clinique

*Dr Yolanda Gilaberte*

### 1. Les infections

#### Variole du singe (Monkeypox)

Transmission :

- contact direct ou consommation de primates ou rongeurs ;
- de personne à personne : gouttelettes respiratoires, fluides corporels, objets contaminés, mère-enfant, rapports sexuels.

Conduite à tenir et prise en charge :

Comment procéder ?

Prise de sang

En outre...

- Masque chirurgical, car ce virus se transmet par voie aérienne
- Isolement de tout contact.
- Vésicules, exsudat ou croûtes. PCR.
- En présence uniquement d'un érythème et de papules : PCR au niveau du sang ou du pharynx.
- Isolement de tout contact et isolement respiratoire du patient.
- Traitement symptomatique des lésions cutanées.
- Cidofovir et tecovirimat dans les cas graves / en cas de complication respiratoire.
- Le vaccin contre la variole offre une protection.

## **PRÉVENIR LES AUTORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE**

### **Manifestations cutanées de la COVID-19**

Manifestation cutanée

Pseudo-engelures

Éruption vésiculeuse  
Lésions urticariennes  
Éruptions maculopapuleuses  
Livedo ou nécrose  
Pétéchies / éruption purpurique  
Érythème polymorphe

#### Localisation

Pieds et mains  
Tronc  
Tronc, jambes  
Tronc  
Jambes  
Jambes  
Extrémités

#### Symptômes

Prurit, douleurs  
Prurit (léger)  
Prurit  
Prurit  
Douleurs, prurit  
/  
/

#### Prévalence (%)

19,72  
12,5  
16,37  
22,8  
6,11  
1,58  
6,3

- Réactions cutanées après la vaccination contre SARS-CoV-2
- Le Dr Gilaberte nous a présenté les résultats de la publication Català A, et al. Br J Dermatol. 2022 Jan;186(1):142-152.
- Réactions locales au niveau du site d'injection, communément surnommée « bras COVID » : plaques érythémateuses ou gonflées au niveau du site d'injection. Dans plus de la moitié des cas, elles apparaissent 4 jours ou plus après la vaccination et ont été observées plus fréquemment après le vaccin Moderna.
- Urticaire et/ou angioœdème : lésions urticariennes principalement localisées sur le tronc ou généralisées, qui apparaissent généralement plus de 24 h après la vaccination.
- Exanthème morbilliforme : éruption maculopapuleuse érythémateuse, généralisée dans la plupart des cas, qui touche le tronc et les extrémités.
- Papulovésicules ou pseudovésicules : similaires au pityriasis rosé.

Le Dr Gilaberte a précisé qu'une réactivation des virus varicelle-zona (VZV) et Herpès Simplex (VHS) a été observée, et ce davantage avec le vaccin Pfizer.

#### Syphilis

Le Dr Gilaberte nous a présenté le cas d'une patiente de 38 ans admise en neurologie après avoir brusquement perdu la vue au niveau d'un œil. Cette patiente présentait par ailleurs des ulcères



douloureux au niveau de la langue depuis 2 mois. La sérologie de la syphilis s'est avérée positive et le test PCR a révélé la présence de *Treponema pallidum*, qui a pu être éliminée après administration de pénicilline.

Le Dr Gilaberte a ainsi évoqué les formes orales de syphilis secondaire (SS), tout en présentant les données d'une publication du Centre national de référence de la syphilis, à Paris (Lampros A, Seta V, Gerhardt P, Isnard C, Husson C, Dupin N. Oral forms of secondary syphilis: An illustration of the pitfalls set by the great imitator. *J Am Acad Dermatol*. 2021 Feb;84(2):348-353)

Dans le cadre de cette publication, parmi 206 patients atteints de SS, 38 % ont présenté des signes buccaux, isolés ou non, par exemple des lésions muqueuses au niveau de la langue ou des ulcères. Le Dr Gilaberte a insisté sur l'importance d'envisager ce diagnostic en cas de lésions buccales isolées.

### HPV chez les proches et fomites de patients présentant des verrues

Cette présentation s'appuyait sur les données de la publication suivante : Ghorzang E, de Koning MNC, Bouwes Bavinck JN, Gussekloo J, Quint KD, Goeman JJ, Feltkamp MCW, Bruggink SC, Eekhof JAH. HPV type-specific distribution among family members and linen in households of cutaneous wart patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2022 Jan;36(1):119-125.

Messages clés :

- Le linge de cuisine, les serviettes et les tapis de bain peuvent constituer des réservoirs importants dans la transmission de HPV1 et HPV2.
- Ces derniers survivent 5 à 7 jours sur les surfaces.
- En cas de température élevée, l'inactivation est partielle, à hauteur de plus de 56 %, et totale à hauteur de plus de 100 %.
- Envisager ces données particulièrement chez les patients immunosupprimés.

## 2. Nouvelles pathologies

VEXAS : mutations somatiques du gène UBA1 et maladie auto-inflammatoire sévère qui apparaît à l'âge adulte.

(Beck, D et al. *N Engl J Med* 2020; 383:2628-2638)

**V** Vacuoles

**E** Enzyme E1

**X** Lié à l'X

**A** Auto-inflammatoire

**S** Somatique

Lésions cutanées

- Pustulose
- Panniculite au niveau du site d'injection
- Dermatose neutrophilique
- Phlébite nodulaire

83,6 %

Fièvre

Maladie hématologique

Infiltrats pulmonaires

Atteinte oculaire

- Inflammation périorbitaire

Chondrite récidivante

Thrombose veineuse

Adénopathies

Arthralgies

64,7 %  
50 %  
50 %  
40 %  
  
36 %  
35,5 %  
34,5 %  
28,4 %



Biopsie de la moelle osseuse afin de détecter les vacuoles.  
Analyse génétique d'AB1.

### 3. Nouveautés en matière de maladies bulleuses et auto-immunes

Le Dr Gilaberte nous a présenté les données issues de 2 publications :

#### **Pemphigus profond et VHS**

Baum S et al, Acta Derm Venereol. 2022 May 4;102: adv00703.

- Effectuer une recherche du VHS par PCR chez les patients présentant un pemphigus et traiter les patients positifs.
- Envisager un traitement préventif dans les cas graves.

#### **Pemphigoïde bulleuse et diversité des phénotypes**

Guerrois F et al. J Am Acad Dermatol. 2022 Apr 26: S0190-9622(22)00695-8

##### PHÉNOTYPE I.

56 % : patients plus âgés, ampoules peu nombreuses + anti-BP230

##### PHÉNOTYPE II.

32 % : plus de 100 ampoules + anti-BP180

##### PHÉNOTYPE III.

12 % : patients plus jeunes, risque d'atteinte muqueuse (épiglote atteinte dans 40 % des cas) + anti-BP180

Difficile à traiter

#### **L'OMALIZUMAB en traitement de la pemphigoïde bulleuse**

Le Dr Gilaberte nous a présenté une analyse systématique de 22 études portant sur 56 patients atteints d'une maladie réfractaire depuis plus d'un an. La réponse était complète dans 55 % des cas et partielle dans 32 % des cas ; les patients ne présentaient aucune réponse dans 33 % des cas.

33 % des patients ont pu réduire, voire arrêter la corticothérapie, diminution ou arrêt qui ont été très bien tolérés.

### Traitement des maladies auto-immunes systémiques

Dermatomyosite	Sclérodermie	Lupus
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rituximab, tofacitinib</li> <li>• Autres anti-JAK</li> <li>• Bélimumab, aprémilast et abatacept</li> <li>• Ustékinumab, anakinra, tocilizumab</li> <li>• Pas d'anti-TNF<math>\alpha</math></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour réduire la sclérose : rituximab, tofacitinib et bélimumab</li> <li>• Pour atténuer le syndrome de Raynaud et les ulcères digitaux : iloprost, bosentan et cilostazol</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bélimumab</li> <li>• Ustékinumab</li> <li>• Pas de rituximab</li> </ul>

### Nouvelle classification du granulome élastolytique à cellules géantes

Qian YT, Liu JW, Liu W, Chen T, Tan Y, Ma DL. A Retrospective Study of 105 Patients with Elastolytic Giant Cell Granuloma and a Proposal for a New Clinical Classification. Acta Derm Venereol. 2022 Mar 28;102:adv00684.

Analyse rétrospective de 105 cas.




- Diagnostic histologique : élastolyse, élastophagocytose et infiltration de cellules géantes plurinucléées
- Classification clinique : annulaire, papulaire, mixte, à cellules géantes, généralisé
- Classification histologique : à cellules géantes, nécrobiotique, histiocytaire, sarcoïdien et mixte
- Comorbidité la plus fréquente : diabète
- Traitement : corticoïdes à faible dose

### 5. Comorbidités

#### En cas de dermatite atopique (DA)

PREUVES ÉVIDENTES D'ASSOCIATION	QUELQUES PREUVES D'ASSOCIATION	PREUVES RARES OU INEXISTANTES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladies allergiques</li> <li>• À médiation immunitaire</li> <li>• Mentales</li> <li>• Altérations de la santé osseuse</li> <li>• Infections cutanées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toxicomanie</li> <li>• SDAH</li> <li>• Obésité et dyslipidémie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladies cardiovasculaires</li> </ul>

#### En cas d'hidradénite suppurée

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabète, HTA, arthropathie, anxiété, dépression, maladies de la thyroïde, maladie inflammatoire de l'intestin, maladie rénale, hyperlipidémie, événements cardiovasculaires, tabagisme et toxicomanie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépression</li> <li>• Maladies de la thyroïde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hyperlipidémie</li> <li>• Stéatose hépatique non alcoolique</li> <li>• HTA</li> </ul>
<p>En fonction des populations</p> 	<p>Femmes</p> 	<p>Hommes</p> 

### 6. Effets indésirables (EI) cutanés des traitements médicamenteux

#### Inhibiteurs des checkpoints immunitaires (ICI ; inhibiteurs de points de contrôle immunitaire)

Le Dr Gilaberte nous a présenté les données de la publication suivante : Carpena J et al. Actas Dermo-Sifiliográficas Volume 113, Issue 4, April 2022, Pages 376-387

- L'association ipilimumab + anti-PD-1/PD-L1 (pembrolizumab) produit les taux les plus élevés de toxicité cutanée, quel que soit le degré de sévérité.
- Ces effets indésirables sont plus fréquents en cas de mélanome, comparativement aux autres tumeurs.
- Les IE les plus fréquents sont l'exanthème, le prurit, le vitiligo et l'alopecie.
- Traitement : corticoïdes, prednisone 10 mg/j

Do MH et al. J Am Acad Dermatol. 2021 Dec;85(6):1528-1536

Analyse rétrospective portant sur 2 061 patients

Infections chez les patients traités par ICI :

Bactériennes : cellulite, abcès, paronychies

Fongiques : pied d'athlète

Virales : herpès

Polymicrobiennes

36,2 %

34,5 %

21 %

8 %

**Les ANTI-CTLA-4 en monothérapie présentent le risque le plus élevé d'infection.**

### **Effets indésirables des collyres antiglaucmateux**

Le Dr Gilaberte a présenté les données de 123 études, sur un total de 1 128 études initialement envisagées : Patchinsky A, et al. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2022 May;36(5):661-670.

Les antiglaucmateux les plus fréquents sont les analogues de la prostaglandine et les EI apparaissent après 2 mois à 1 an. Les EI systémiques sont incertains et il convient d'envisager le rôle des conservateurs, comme le chlorure de benzalkonium.

EI locaux :

- Dermatite de contact
- Hyperpigmentation
- Périorbitopathie due aux analogues de la prostaglandine
- Pemphigoïde muqueuse
- Achromotrichie
- Hypertrichose
- Hyperpigmentation ou hypopigmentation cutanée

EI à distance de la zone traitée :

1. Psoriasis
2. Hypersudation
3. Lichen plan
4. Alopecie
5. Nécrolyse épidermique toxique

## **7. Traitements nouveaux**

### **Inhibiteurs de JAK**

Le Dr Gilaberte a évoqué deux publications pour comprendre la voie de signalisation JAK/STAT et son rôle dans différentes maladies dermatologiques à médiation immunitaire.

- Publication 1 : Garcia Melendo C et al. Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition), Volume 112, Issue 6, June 2021, Pages 503-515
- Publication 2 : Garcia Melendo C et al. Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition), Volume 112, Issue 7, July–August 2021, Pages 586-600

Le Dr Gilaberte a remarqué que la FDA a autorisé le baricitinib en traitement de la pelade, tout en présentant les données de la publication suivante : King B et al. N Engl J Med 2022; 386:1687-1699 Elle nous a présenté les données de deux essais de phase III randomisés contre placebo, portant sur 654 + 546 adultes qui présentaient une pelade sévère, associée à un score de 50 ou plus d'après l'outil SALT (Severity of Alopecia Tool ; score de 0 [aucune perte de cheveux au niveau du cuir chevelu] à 100 [perte complète des cheveux au niveau du cuir chevelu]). SALT 50-100. Critère d'évaluation principal : score SALT inférieur ou égal à 20 après 36 semaines.

#### Posologie

- Baricitinib 4 mg/j
- Baricitinib 2 mg/j
- Placebo

#### Résultats

- 38,8 % et 35,9 % sous 4 mg/j
- 22,8 % et 19,4 % sous 2 mg/j
- 6,2 % et 3,3 % sous placebo

Une amélioration a également été observée au niveau des cils et sourcils.

Effets indésirables : acné, hausse de la CPK, du LDL et du HDL.

Le Dr Gilaberte nous a par ailleurs présenté la publication ci-dessous, qui récapitule les essais cliniques réalisés actuellement en ce qui concerne les inhibiteurs de JAK et de la tyrosine kinase, leur utilisation, leur profil de tolérance et leurs applications futures :

- Shalabi MMK, Garcia B, Coleman K, Siller A Jr, Miller AC, Tying SK. Janus Kinase and Tyrosine Kinase Inhibitors in Dermatology: A Review of Their Utilization, Safety Profile and Future Applications. Skin Therapy Lett. 2022 Jan;27(1):4-9.

#### **Le dupilumab en traitement du prurigo nodulaire**

Le Dr Gilaberte nous a montré les résultats d'une analyse systématique portant sur 25 études et 153 patients. Les effets observés étaient les suivants : amélioration du prurigo chronique dans 89 % des cas et du prurigo chronique idiopathique dans 100 % des cas.

#### **Scabiose**

Le spinosad est un insecticide naturel, issu de la fermentation des actinobactéries présentes dans le sol. Lors de deux essais cliniques comparatifs visant à évaluer l'efficacité du spinosad 0,9 % sous forme de suspension pour application locale : 1 application unique sur 200 patients âgés de plus de 4 ans a montré une disparition complète à 28 jours chez 78,1 % des patients, comparativement à 39,4 % du groupe témoin, sans EI.

#### **8. Habitudes**

- Une alimentation riche en sel augmente le risque de DA : une étude de l'association entre consommation de sel et DA portant sur 13 183 enfants et adultes a montré que lorsque la consommation de sel augmente de 1 g, le risque de DA augmente lui aussi (OR corrigé 1,22 ; IC 95 : 1,02-1,45).
- Lien entre le tabagisme et la DA : registre allemand TREAT. 921 patients, dont 908 fumeurs ; âge moyen : 41,9 ans. Moins de semaines lors desquelles la maladie était bien maîtrisée, davantage de prurit, IgE plus élevées, asthme bronchique diagnostiqué à un âge plus précoce.

Compte-rendus rédigés par

**Dr Adrián ALEGRE SANCHEZ**

## Controverses dans le domaine du laser

Les traitements au laser chez les patients pédiatriques doivent être adaptés tant en termes de paramètres que de technique, en tenant compte des particularités de ces patients. Le Dr Héctor Cáceres nous rappelle qu'il existe des risques associés à une anesthésie générale répétée chez les patients de moins de 2 ans. Par conséquent, une sédation courte et un traitement sans anesthésie générale sont recommandés au cours de cette étape essentielle. Pour le traitement des malformations capillaires, la plupart des publications concernent le laser à colorant pulsé, mais le traitement peut également être réalisé avec des alternatives moins coûteuses : laser solide dans le jaune de 585 nm, lumière pulsée munie de filtres vasculaires, laser Nd:YAG, etc.

L'utilisation de lasers pour administrer des médicaments à travers la peau est une option thérapeutique très intéressante pour la prise en charge des cicatrices hypertrophiques. Le Dr Adrián Alegre a indiqué que les meilleurs paramètres pour cette technique sont le laser CO2 ablatif fractionné à impulsions courtes, à faible densité (environ 5 %) et à fluence élevée pour pénétrer suffisamment dans les cicatrices. Avec cette technique, des médicaments tels que l'acétonide de triamcinolone ou le 5-fluorouracile peuvent être administrés pour contribuer à aplanir ces cicatrices volumineuses. On peut également utiliser du bimatoprost pour les cicatrices hypopigmentées ou de l'hydroquinone pour les cicatrices hyperpigmentées.

Le Dr Kleber Ollague a présenté son expérience dans le traitement des lésions pigmentaires. Il faut tenir compte du fait que, dans le cas d'une peau foncée avec mélasma, il faut éviter les paramètres agressifs en recherchant des end-points de blanchiment. La technique du laser toning, ou raffermissement au laser, doit être utilisée avec un laser Q-Switched de 1 064 nm, à spot large et faible fluence. Le médecin rappelle également la nécessité de traiter la composante vasculaire en utilisant le laser en mode d'impulsion 0,3 ms. En cas de pigmentations corporelles dans les plis, comme les aisselles ou l'aîne, un traitement à faible fluence mais avec un nombre élevé de tirs (500-1 000 tirs par zone minimum) est recommandé afin d'éliminer le pigment.

---

## Traitement au laser des lésions vasculaires

Le Dr Pablo Boixeda nous a rappelé l'importance d'une protection oculaire adéquate, tant pour le patient que pour le médecin, y compris avec les lasers infrarouges. En outre, les end-points, ou points finaux, du traitement permettent de savoir si nous avons obtenu l'effet désiré ou non. Pour la poïkilodermie, le médecin recommande un traitement par IPL ou laser vasculaire, mais avec des spots larges. Il est important de rappeler le risque accru de cicatrices atrophiques avec les lasers à grande longueur d'onde, comme le Nd:YAG, qui doivent être évités dans les zones telles que les ailes du nez. Comme end-point de risque, le médecin rappelle le blanchiment ou l'assombrissement de la lésion (par opposition au purpura ou à la coagulation qui serait un résultat normal).

Le traitement de la rosacée au laser vasculaire a été abordé par le Dr Aida Paola Rojas Ramírez. Elle rappelle que la rosacée a une origine multifactorielle avec des altérations immunologiques, des altérations du microbiote, une perturbation vasculaire, etc. Il faut donc adopter une approche globale de tous ces facteurs. Comme outil thérapeutique plus récent, la toxine botulique diluée a été recommandée pour la rosacée avec bouffées vasomotrices prédominantes.

Dans sa présentation, le Dr Agustina Vila a souligné l'importance d'établir un diagnostic différentiel correct des lésions vasculaires, car elles peuvent inclure la rosacée, les malformations vasculaires, la



démodécie, les dermatoses liées aux stéroïdes, etc. En outre, il faut garder à l'esprit que la rosacée s'accompagne souvent de nombreuses comorbidités qui doivent être évaluées chez les patients. Dans le cas des hémangiomes, en particulier dans les zones de plis, il existe un plus grand risque d'ulcération et cette ulcération peut être traitée par laser vasculaire. Le propranolol est actuellement le traitement privilégié pour les indications thérapeutiques. La néo-angiogénèse post-traitement peut être traitée avec des anti-angiogéniques tels que le timolol ou l'imiquimod. Un autre point essentiel à aborder avec les patients lors d'un traitement au laser vasculaire est celui de l'anticoagulation : dans ces cas, le résultat peut ne pas être optimal et nous devons utiliser des paramètres plus agressifs.

---

## Règles de l'art en matière de peeling

Dans la partie sur les peelings, le Dr Adrián Alegre nous a rappelé l'utilité des peelings pour les cicatrices d'acné. Le peeling à l'acide salicylique serait la meilleure alternative pour l'acné active en raison de son action comédolytique. Cependant, le peeling à l'acide trichloracétique à 20-35 % ou même plus constituerait une meilleure option pour les cicatrices en raison de sa plus grande profondeur de pénétration. La technique TCA-CROSS s'est avérée supérieure aux autres options de traitement des cicatrices atrophiques dites « en pic à glace ».

Malgré la popularisation des lasers, les peelings restent la 4<sup>e</sup> option la plus populaire pour les traitements médico-esthétiques dans le classement des procédures non invasives, et les femmes constituent la grande majorité des patients. Les peelings constituent une excellente option pour les hommes qui recherchent des traitements pratiques, avec une récupération rapide et des indications variées au sein d'une même procédure. Pour les hommes, le médecin recommande de commencer les traitements par peeling en allant progressivement du peeling superficiel au peeling moyen. Il est également important d'insister davantage sur les soins post-traitement car les hommes sont plus susceptibles de négliger ces recommandations. Il est également important d'éviter les traitements dont le temps de récupération est très long ou les traitements qui sont excessivement visibles, car il s'agit d'une préoccupation plus importante chez les hommes.

En préparation au traitement par peeling, le Dr Ricardo Galván a recommandé de noter tous les antécédents médicaux, notamment les scores de photovieillessement, de peau grasse, de rides, etc. Il nous a également rappelé l'utilité d'évaluer la pigmentation de la paume de la main du patient afin d'avoir une indication du risque de pigmentation post-inflammatoire.

Le Dr Carlos Wambier nous a parlé de sa vaste expérience en peelings profonds. Le problème des peelings profonds est que leur courbe d'apprentissage est plus lente. Selon une enquête qu'il a réalisée, le peeling profond reste l'option qui donne les résultats les plus spectaculaires en terme de rajeunissement, mais dont la récupération est la plus longue de toutes les options. Pour savoir s'il faut ou non procéder à une surveillance avec un peeling au phénol, il recommande d'évaluer si la zone à traiter est plus grande que la paume d'une main (1,5 % de la surface totale du corps). Pour les zones plus importantes, il recommande de procéder à une surveillance et de mettre en place un accès veineux.

Le Dr Jaime Piquero-Casals a indiqué l'utilité des peelings de profondeur moyenne pour le traitement des champs de cancérisation. Il préconise le peeling chimique en cas d'échec des traitements de champ habituels comme le 5-fluorouracil 5% ou le traitement photodynamique. Le médecin a recommandé le concept de peeling en mosaïque : zones profondes et moyennes en fonction des cibles. Comme alternatives, il recommande les traitements suivants : peeling séquentiel Jessner + TCA 35 % ; TCA isolé à 35 % ; formules commerciales de TCA 30 % avec antioxydants (ne pas oublier que le frosting sera quelque peu masqué) ; peeling hybride avec phénol 30 % + TCA 12 % + huile de croton 0,5 % ; laser Erbium fractionné + peeling au rétinol 5 %.

---

## Laser dans les lésions pigmentaires

Dans la partie sur le laser dans les lésions pigmentaires, les principales nouveautés ont été abordées, notamment l'effet LIOB (laser induced optical breakdown, rupture optique induite par le laser) des nouvelles lentilles fractionnées des lasers Q-Switched, les nouveaux développements dans le traitement des tatouages et les lasers picosecondes.

Le Dr Ricardo Galván a expliqué les particularités de l'effet LIOB induit par les lentilles diffractives combinées aux lasers Q-Switched nano- ou picosecondes. Ces lentilles génèrent des pics de haute énergie avec un effet photo-acoustique concentré sur une matrice de basse énergie au niveau intra-épidermique ou du derme superficiel. Cela génère des vacuoles intra-épidermiques sans dommage thermique. Elles sont particulièrement utiles pour les traitements de rajeunissement des peaux foncées, mais peuvent également être utilisées pour le mélasma, l'hyperpigmentation post-inflammatoire et d'autres indications similaires. Leur utilisation est de plus en plus acceptée comme alternative aux autres lasers photothermiques tels que les lasers infrarouges fractionnés non ablatifs.

En ce qui concerne les différences entre les lasers Q-Switched picosecondes et nanosecondes, le Dr Miralles a rappelé que ces lasers ont une durée d'impulsion jusqu'à 100 fois plus courte, ce qui permet d'obtenir un effet plus purement photomécanique. Ceci constitue un avantage pour l'élimination des tatouages, mais également pour les entités pigmentaires complexes comme le nævus d'Ota, les pigmentations post-inflammatoires, les pigmentations résiduelles dues à l'hémossidérine, entre autres.

Le Dr Donis Muñoz a commenté les derniers développements en matière d'élimination des tatouages, en présentant une échelle intéressante relative aux end points, ou points finaux, de traitement qui comprend 5 degrés, du plus au moins conservateur. Les options les plus conservatrices comprennent un blanchiment modéré sans saignement, tandis que les end points les plus agressifs ou résolutifs sont ceux avec un blanchiment intense, un saignement franc et une récupération plus longue (end points 4–5). Le médecin a souligné comment la présence d'une certaine rosée sanglante peut favoriser l'élimination transépidermique du tatouage, et recommande vivement l'utilisation de lentilles fractionnées avec les lasers Q-Switched picosecondes et nanosecondes comme outil à double effet : élimination de l'encre et amélioration de la cicatrisation de la zone tatouée.

---

## Rôle des lasers dans la dermatologie moderne

Le Dr Jorge Ocampo-Candini a présenté le laser à colorant pulsé, qui est peut-être le laser faisant l'objet du plus grand nombre de données et de publications dans la littérature scientifique. En plus d'être le laser privilégié pour toutes les indications vasculaires telles que les malformations, les hémangiomes, la poïkilodermie ou les télangiectasies, il a de nombreuses autres indications. Son utilisation dans le domaine des cicatrices est particulièrement intéressante car il a été démontré que son utilisation précoce, même après le retrait des points de suture, a un effet préventif sur l'hypertrophie des cicatrices. Pour les indications non vasculaires, le laser à colorant pulsé s'est également avéré utile dans les collagénopathies telles que le lupus cutané, les infections virales telles que les verrues et le molluscum, entre autres.

L'administration de médicaments assistée par laser nous permet d'introduire des molécules dans la peau d'une manière beaucoup plus efficace que la voie topique. Le Dr Mónica Ramos a présenté les différentes options, indiquant que le laser fractionné ablatif tel que le CO<sub>2</sub> est le plus efficace. Il existe

différentes indications pour cette technique, allant des lésions précancéreuses telles que la kératose actinique aux cicatrices hypertrophiques/chéloïdes. L'administration assistée par laser du finastéride et du minoxidil a également été utilisée avec un certain succès dans le domaine de l'alopécie, permettant d'obtenir des taux d'absorption plus élevés qu'avec une application topique. Il s'agit d'un domaine qui est actuellement en évolution permanente et dont les indications vont au-delà du domaine purement dermatologique, comme l'administration transépidermique de vaccins.

---

## Nouveautés dans le domaine du prurit

Dans la partie sur le prurit, les nouveautés relatives aux différents types de prurit ont été abordées : prurit lié à la dermatite atopique, prurit psychogène et prurigo nodulaire.

En ce qui concerne le prurigo nodulaire, le Dr Esperanza Melendez Ramirez a rappelé que cette maladie se présente sous forme de lésions hyperkératosiques dispersées et qu'elle affecte considérablement la qualité de vie des patients. Il s'agit généralement d'un processus secondaire lié à des conditions telles que l'atopie, des maladies psychiatriques telles que l'anxiété ou d'autres maladies systémiques. Il présente une physiopathologie multifactorielle dans laquelle on sait que de plus en plus de médiateurs inflammatoires tels que l'IL-31 et divers neuropeptides sont impliqués. En outre, les fibres nerveuses sensorielles de ces patients présentent des marqueurs spécifiques. La molécule FGN semble jouer un rôle clé dans la pathogenèse car elle induit une hyperplasie neuro-dermique et une hyperplasie kératinocytaire avec les lésions typiques de cette maladie. Il existe un arsenal thérapeutique varié, mais généralement inefficace, comprenant des anti-inflammatoires comme les corticoïdes ou des inhibiteurs de la calcineurine ou le calcipotriol. La photothérapie peut également être efficace. Les immunosuppresseurs classiques tels que le méthotrexate, l'azathioprine ou le lénalidomide/thalidomide sont utilisés avec une certaine efficacité. Des alternatives plus modernes et prometteuses sont les biomédicaments anti-IL-31 (némolizumab) ou anti-IL 4 (dupilumab).

Le Dr Juan Escalas Taberner a présenté son article sur le prurit psychogène. Il s'agit d'une entité également connue sous le nom de prurit sine materia, dont le diagnostic est posé après un dépistage exhaustif des autres causes possibles de prurit telles que des troubles systémiques : thyroïde, troubles métaboliques tels que le diabète, tumeurs, troubles hématologiques, etc. Sa prise en charge est complexe et nécessite généralement une association d'antihistaminiques et d'antidépresseurs ou antipsychotiques correctement utilisés.

Dans sa présentation, le Dr Mauricio Torres-Pradilla a abordé l'une des causes les plus fréquentes de prurit dans nos cabinets : la dermatite atopique. C'est souvent le prurit lui-même et le grattage qui en résulte qui entraînent l'apparition des lésions typiques de la dermatite atopique : lichénification, excoriations, etc. Heureusement, nous disposons d'un arsenal thérapeutique de plus en plus large pour faire face à cette maladie grâce à de nouveaux médicaments cibles tels que le dupilumab (anti-IL4).

---

## Rajeunissement de la région cervicale

Les problèmes les plus fréquemment rencontrés dans la région cervicale sont l'accumulation de graisse sous-mentonnière (double menton), la démarcation de l'angle mandibulaire, l'apparition de rides, le photovieillissement et les cordes platysmales. Le Dr Yadira Díaz nous rappelle que les meilleures options sont obtenues en associant plusieurs traitements. Elle recommande principalement

le méso-botox ou la toxine botulique en petites quantités comme traitement préventif, même chez les jeunes patients.

En ce qui concerne les appareils, le Dr Adrián Alegre a passé en revue les différentes options thérapeutiques en fonction des profondeurs atteintes. La lumière pulsée permet de traiter la poikilodermie et les altérations vasculaires et pigmentaires. Avec les lasers fractionnés, nous pouvons travailler principalement sur le derme superficiel, notamment pour les patients présentant des rides superficielles. Dans le cas des radiofréquences, il faut savoir que la radiofréquence monopolaire pénètre davantage en profondeur, tandis que la radiofréquence bipolaire est plus superficielle mais avec une température plus élevée. Les radiofréquences avec des micro-aiguilles constituent une excellente option pour le raffermissment. De plus, pour aller plus en profondeur, nous disposons des ultrasons focalisés de haute intensité, ou HIFU (High intensity focused ultrasound), parfois jusqu'à 4,5 mm de profondeur, ce qui permet de retendre le système musculo-aponévrotique superficiel (SMAS). La cryolipolyse peut également être utilisée pour la lipolyse de la région sous-mentonnière.

Le traitement par enzymes recombinantes a été passé en revue par le Dr Susana Misticone. Elle recommande d'associer collagénase, lipase et hyaluronidase, en fonction du type de rajeunissement recherché. Le médecin a souligné que la lipase, contrairement à l'acide désoxycholique, parvient à digérer les triglycérides sans endommager la paroi des adipocytes. À un âge plus avancé, des doses plus élevées d'enzymes et un minimum de 3 séances sont généralement recommandés.

Le Dr Javier Ruiz recommande de réaliser les traitements de la région cervicale le plus tôt possible, à partir de 30 ans, afin d'éviter des changements irréversibles dus au vieillissement. La toxine botulique serait la pierre angulaire du traitement pour éviter les cordes platysmales fibrotiques qu'il n'est pas possible de traiter. Pour les ligaments, le médecin recommande un traitement avec des peptides stimulants. En plus de la toxine, il faut associer des volumateurs, sachant que le comblement prétraité à la toxine durera plus longtemps. Pour la région des masséters, le médecin recommande de ne pas utiliser une grande quantité en raison du risque de rendre la mastication difficile. Pour les cordes platysmales, il est recommandé de les marquer en demandant au patient de procéder à une contraction, puis d'injecter 30 à 40 UI au total, à raison de 2 à 3 UI par point, chaque point se trouvant de 1 à 2 cm d'intervalle, et environ 20 unités de chaque côté. Il est recommandé de pincer la corde, de marquer les points et de procéder aux injections avec le muscle détendu. De plus, l'injection répétée de toxine à un niveau superficiel améliore la qualité globale de la peau.

Les fils tenseurs, présentés par le Dr Iñigo de Felipe, constituent une autre excellente option pour la région cervicale. Le médecin nous a présenté une nouvelle technique avec une entrée au niveau de la région cervicale centrale et une sortie au niveau de l'angle mandibulaire avec des fils à deux aiguilles pour obtenir un raffermissment plus important. Ces fils sont taillés par ultrasons et sont plus résistants que ceux traités thermiquement. Les fils de polycaprolactone sont particulièrement recommandés car ils durent plus longtemps que les fils de PDO.

Compte-rendus rédigés par

**Dr Ricardo LIMONGI FERNANDES**

Dermatologue, Brésil

Chers collègues,

J'ai le grand honneur de pouvoir assister au CILAD 2022 à Madrid (Congrès ibéro-latino-américain de dermatologie) : Tous sous une même peau.

En association avec NAOS-Bioderma France et avec le soutien de Bioderma Espagne, j'ai le plaisir de partager avec vous le contenu principal des sessions auxquelles j'ai assisté aujourd'hui. Bonne lecture !

## Photoprotection : 2022

Le **Dr Henry W. Lim** a présenté des informations, fondées sur des preuves, qui étayent l'idée selon laquelle les filtres UV (chimiques) organiques actuels ne suffisent pas à protéger la peau des effets de la lumière visible. Il suggère que des crèmes solaires teintées avec des filtres inorganiques offrent une meilleure photoprotection contre la lumière visible (LV) et que les UVA1 induisent un érythème immédiat ainsi qu'un retard de pigmentation par rapport à des produits non teintés. Des crèmes solaires contenant des antioxydants biologiquement actifs ainsi que de nouveaux filtres (Triasorb/Mexoryl 400) qui couvrent les UVA1 et la lumière visible peuvent être plus efficaces. Des agents adjuvants oraux photoprotecteurs peuvent prévenir la dégradation de la matrice extracellulaire induite par les UV et la LV. Malgré cela, il existe toujours des lacunes dans le domaine de la photoprotection en 2022. Selon lui, nous avons besoin d'une meilleure protection contre les rayons UVA1 et la lumière visible, d'une remise en question des aérosols et des produits contenant de l'oxybenzone (impliqués dans des problématiques de santé et d'environnement), et d'une éducation à la photoprotection pour tous les types de peau. Les phototypes inférieurs nécessitent un facteur de protection solaire (FPS) supérieur, mais les phototypes supérieurs nécessitent une meilleure protection contre la lumière visible en raison du risque accru de pigmentation.

---

## Optimisation de vos résultats chirurgicaux

Selon le **Dr George J. Hruza**, la cicatrice est la principale préoccupation des patients lors des interventions chirurgicales. Il a dispensé des conseils pratiques sur la façon d'obtenir des résultats optimaux lors des interventions chirurgicales, en respectant la séquence suivante :

1. Massage 1-2 mois, en soumettant la cicatrice à une pression
2. Injections de 5 FU (moins d'atrophie, hypopigmentation, télangiectasies par rapport aux CE) à l'intérieur de la cicatrice et au-dessous
3. Zones de traitement microscopique au laser
4. LCP (laser à colorant pulsé) pour les cicatrices épaisses (585-595 nm, impulsion de 0,5-1,5 msec, 4-5/cm<sup>2</sup>)
5. Laser ablatif CO<sub>2</sub> fractionné
6. Bandage
7. Botox en prévention des cicatrices (jusqu'à 2 semaines 1-3 U par point 1-3 cm)
8. Dégraissage du lambeau
9. Reprise des cicatrices des sillons nasogéniens
10. Révision des cicatrices du vermillon
11. Exécution d'une suture matelassée horizontale (meilleure éversion des bords)
12. Dermabrasion ou lasers autour des défauts de cicatrisation en seconde intention, créant une concavité naturelle
13. Dermabrasion localisée (pointe de diamant ou papier de verre)
14. Plastie en Z pour rétraction des lèvres et palmure du canthus interne
15. Agent de comblement pour cicatrices atrophiques (subcision à agent de comblement)
16. Film en gel de silicone à usage topique
17. Pas de vitamine E !



---

## Le point sur la physiopathologie de l'acné

Le **Pr Brigitte Dréno** a apporté de nouvelles informations majeures :

Profil de sébum : la présence d'acides gras saturés est accrue dans l'acné

Le nombre élevé de récepteurs qui induisent une production de sébum rend le contrôle de l'hyperséborrhée plus difficile.

L'AH réduit la production de sébum

La clascotérone diminue la transcription des gènes impliqués aussi bien dans la production de sébum que dans la production de cytokine inflammatoire.

Les cicatrices sont dues à l'atrophie des glandes sébacées, induite par l'infiltration inflammatoire chronique.

C. acnes produit un biofilm

C. acnes intervient dans la formation des microcomédons et joue donc un rôle à un stade précoce de la formation de l'acné.

L'acné n'est pas liée à la prolifération de C. acnes, mais elle est associée aux phylotypes prédominants d'une peau acnéique (IA1, CC18, A1), qui activent une immunité innée à sécrétion de cytokines inflammatoires

Le phylotype IA1 dans une peau saine présente un profil virulent différent.

La dysbiose pour l'acné n'est pas limitée à C. acnes : C. acnes et S. epidermidis interagissent.

Acné du masque = phénomène de Koebner. Prévention = soins de la peau

Selon elle, les futurs médicaments cibleront le microbiome de la peau (probiotiques, prébiotiques, postbiotiques, bactériophages, transplantation de microbiote fécal), l'immunité innée (inhibition des TLR, médicaments biologiques anti-IL1, anti-IL17), C. acnes (vaccination, inhibiteurs de biofilm, VE)

---

## Controverses du mélasma

### Pourquoi une photoprotection spéciale est-elle nécessaire ?

La session est ouverte par le **Dr Maria Ivonne Arellano Mendoza**, qui commente le fait que nous avons toujours connu l'importance de la photoprotection dans le traitement du mélasma, mais nous avons oublié le rayonnement IR et la lumière visible (LV). La LV (400-700 nm) produit des effets biologiques sur la peau (érythème, pigmentation, détérioration thermique, production de radicaux libres, détérioration indirecte de l'ADN avec génération d'ERO, vieillissement prématuré) et elle est liée à l'augmentation de l'activité de la tyrosinase et à la libération de cytokines pro-inflammatoires. Elle ne provoque pas la formation de dimères de thymine. C'est pourquoi elle souligne l'importance des filtres opaques physiques (inorganiques), qui sont les seuls à pouvoir absorber la LV et à fournir une protection plus efficace. Les filtres physiques sont importants, mais les antioxydants le sont aussi. Bien qu'ils ne retiennent pas le rayonnement ultraviolet et qu'ils n'augmentent pas le FPS, ils peuvent réduire les effets nocifs des RUV grâce à des effets préventifs (en évitant les ERO), réparateurs (SOD, GP, catalase) et récupérateurs des radicaux libres (Vit. E, C, bêta-carotène, flavonoïdes). Mais leurs mécanismes d'action, qui sont très différents des filtres, ne sont pas comparables. Ceux-ci peuvent être topiques (Polipodium leucotomus, Vit. C, Vit. E, ubiquinone, extrait de pépin de raisin, acide férulique, tocophérol) ou oraux (Polipodium leucotomus, astaxanthine, lycopène et lutéine). Elle conclut en disant, à propos des antioxydants, qu'il est important de se rappeler que la photoprotection offerte par un écran solaire topique ne peut être comparée à celle d'un antioxydant oral, elle insiste sur le fait qu'ils ne peuvent pas être utilisés pour s'exposer au soleil, qu'ils ne représentent pas la



seule stratégie de photoprotection et qu'ils doivent être utilisés en tant que stratégie en deux temps et coadjuvant oral.

### **Acide tranexamique. Quelle-est la meilleure voie ?**

Le **Dr Elda Giansante** était chargée de l'intervention sur l'acide tranexamique (AT) topique et oral. Elle a souligné l'étiopathogénie multifactorielle du mélasma, qui fait intervenir prédisposition génétique, familiale, grossesse, ACO, traitements hormonaux et expositions aux UV/LV. Elle signale les différentes lignes de traitement, avec l'utilisation d'agents d'hypopigmentation, desquamation ou exfoliation, moyens physiques, tous associés à une photoprotection à large spectre. Bien que l'hydroquinone demeure une référence, il existe des limites inhérentes aux effets indésirables. L'AT, acide carboxylique trans-4-(aminométhyl)cyclohexane, est un analogue de la lysine et il est utilisé comme agent hémostatique avec action antifibrinolytique.

Sa capacité à éclaircir le mélasma a été découverte par hasard par Nijo Sadako en 1979 en traitant un patient atteint d'urticaire chronique.

Son mécanisme d'action se base sur l'inhibition de la liaison du plasminogène aux kératinocytes, bloquant la voie de l'acide arachidonique et des prostaglandines, diminuant l'activité de la tyrosinase et de la mélanogénèse avec une réduction conséquente de la pigmentation épidermique. Un autre mécanisme consisterait à inhiber des facteurs vasculaires (VEGF), également impliqués dans le mélasma en second plan.

L'AT a montré son efficacité dans le traitement du mélasma par différentes voies d'administration : topique, intradermique et orale.

Les travaux de recherche ont utilisé des concentrations d'acide tranexamique topique comprises entre 2 et 5 % dans les crèmes ou solutions, pendant de longues périodes de 6 à 12 semaines. Les résultats avec l'AT topique sont contrastés.

La voie intralésionnelle s'est montrée efficace avec des applications controversées : hebdomadaire, bimensuelle ou mensuelle, sous forme de mésothérapie à 5 % ou par microneedling, pouvant augmenter l'efficacité de l'AT topique jusqu'à 50 %. L'association micro-aiguilles + AT est efficace, économique et sûre.

Sous forme orale, il s'agit du premier traitement efficace sur le mélasma. Les doses utilisées vont de 250 mg deux fois par jour à 500 mg trois fois par jour pendant des périodes allant de 2 à 6 mois. La durée semble être plus importante que la dose dans le succès du traitement. Les effets secondaires de l'AT, par voie orale, demeurent une préoccupation.

Elle conclut en indiquant qu'un grand nombre de travaux et de cas ont démontré que l'AT par voie orale, topique et intradermique (IL ou micro-aiguilles) est efficace, mais que d'autres travaux présentant une valeur statistique significative sont nécessaires. La voie orale semblerait être la plus efficace, mais avec des restrictions compte tenu de ses effets indésirables légers et peu fréquents. La voie IL, bien qu'efficace, présente une limite associée à la douleur de la procédure. Il faut envisager l'AT comme traitement du mélasma réfractaire aux traitements habituels, en l'associant à des thérapies reconnues pour offrir de meilleurs résultats. Les études ont montré qu'il s'agit d'un traitement sûr, cependant, il faut interroger les patients pour exclure ceux qui présentent des contre-indications au traitement.

Les taux de récurrence de 25 à 55 % sont un autre motif d'incitation à l'utilisation de l'AT. Le choix approprié du patient ainsi que la compétence et l'expérience du médecin sont essentiels pour choisir la voie d'administration de l'AT.

### **Laser vs IPL**

La troisième intervenante de cette session est le **Dr Mónica Ramos**, qui parle du grand problème du traitement du mélasma : il n'existe pas de produit topique ou technologie unique qui traite tous les mécanismes à l'origine du mélasma. C'est pourquoi elle plaide pour des thérapies combinées, y compris l'utilisation de technologies.

Les agents topiques constituent le traitement de première intention du mélasma. Cependant, en cas d'amélioration faible ou nulle, d'autres traitements peuvent être utilisés. Pour le traitement au laser, le

laser QS-Nd:YAG 1 064 nm a été utilisé dans sa modalité tonique avec la technologie nanoseconde et picoseconde (NYQS), qui réduit l'accumulation de mélanine et les mélanosomes dans le derme et l'épiderme. Il est associé à des traitements topiques ou par voie orale, à des technologies non ablatives et à des modalités fractionnées. Les lasers fractionnés non ablatifs éliminent la mélanine par des microcanaux avec de bons résultats. Cependant, le risque de récurrence et d'hyperpigmentation limite son utilisation. Ils contribuent à l'amélioration de l'élastose solaire et de la membrane basale. L'utilisation de la lumière pulsée intense (IPL) est recommandée sur les mélasmas modérés à sévères, les phototypes I-II et les mélasmas épidermiques avec une composante vasculaire importante. En général, 2 à 5 séances sont appliquées avec un intervalle de 4 à 8 semaines entre chaque séance, avec de bons résultats. L'IPL peut également être utilisée pour le mélasma dermique, mais les résultats sont moins satisfaisants. Les lasers Diodo 810 et Alexandrita 755 nm peuvent être indiqués, en association, pour les mélasmas mixtes, l'hyperpigmentation post-inflammatoires. D'autres modalités consistent en des combinaisons de microponctions, iontophorèses, sonophorèse ou laser à CO2 fractionné (risque !), avec la formation de microcanaux qui facilitent la pénétration des traitements tels que l'hydroquinone 4 % et l'acide tranexamique. Il est important de souligner qu'il n'est pas recommandé d'utiliser l'IPL ou le laser en monothérapie. Ils doivent être utilisés comme traitements adjuvants. La combinaison de différentes technologies est intéressante pour différents aspects du mélasma. La règle des « 3L » s'applique toujours : Low fluences, Less passes, less ablative options (faibles fluences, moins de passes, moins d'options ablatives).

---

## Les techniques dermo-esthétiques qui fonctionnent

### Amélioration de l'apparence des lèvres

Dr Patricia Carmona Contreras rappelle que l'amélioration de l'apparence des lèvres est l'une des interventions de dermatologie esthétique les plus demandées actuellement. Le terme de comblement des lèvres ne lui convient pas, car elle pense que cela va au-delà d'un simple remplissage. Cette technique cherche à corriger les altérations de nature esthétique comme une dimension disproportionnée, des dépressions et des rides. Plus que d'augmentation, nous parlons d'amélioration de l'apparence. Il est essentiel que la personne qui réalise l'injection connaisse l'anatomie de cette zone, mais elle doit également avoir le sens de l'esthétique, de l'harmonie et de la symétrie pour parvenir aux meilleurs résultats, en tenant toujours compte des désirs des patients et en posant des limites si nécessaire. Le matériau utilisé dans ce cas est l'acide hyaluronique, de préférence Restylane Kysse. Le contenu est délivré à l'aide de seringues plus petites pour faciliter l'injection. Il existe diverses techniques, qui sont sans cesse perfectionnées. Les principales techniques sont : microgouttelettes, 4 points externes, 4 points internes ou une combinaison de celles-ci. À titre de consensus, elle recommande de connaître l'anatomie, les plans, les zones de danger et les techniques d'injection, de prendre en compte les antécédents du patient, de privilégier l'utilisation d'une canule 25G ou plus (elle préfère plus particulièrement les aiguilles), l'aspiration, l'infiltration lente et la visualisation par échographie pour prévenir et traiter une occlusion vasculaire. Elle énonce également un autre consensus à propos des complications, en formulant des recommandations pour reconnaître les premiers symptômes d'atteinte vasculaire (durée, douleur, coloration), l'utilisation d'hyaluronidase 1500 UI + 1 ml de lidocaïne 1-2 %, une nouvelle application toutes les heures, jusqu'à 3 flacons, l'utilisation de radiofréquence, AAS 300 mg, puis 75 mg par jour, sildénafil (contradictoire), prednisone 20-40 mg 3 à 5 jours, doxycycline 100 mg/jour pendant 30 jours, patch de nitroglycérine, caisson hyperbare (en cas de nécrose). De conclure : « la meilleure technique est celle avec laquelle vous êtes à l'aise, sûr et grâce à laquelle les patients seront satisfaits des résultats ».

### Le point sur les techniques de rajeunissement des mains

Dr Natalia Jiménez Gómez commence par dire que la rectification esthétique des signes de vieillissement des mains est difficile techniquement et que l'agression physicochimique permanente de la peau des mains et de sa dynamique motrice limitent la tenue des résultats dans le temps. Les mains représentent, après le visage et la région cervicale, l'une des zones du corps sur lesquelles les signes du vieillissement sont les plus visibles et, par conséquent, la demande de traitements sur cette zone ne cesse de progresser.

Au fil de la présentation, des cas cliniques servent de support pour aborder certains des traitements les plus utilisés pour lutter contre le vieillissement cutané des mains, notamment les lasers Q-Switched (pour lésions pigmentaires), la lumière pulsée intense à basse énergie (pour les premiers signes de vieillissement, avec de courtes interruptions, une amélioration de la texture et des rides), les exfoliations chimiques superficielles ou intermédiaires, les lasers fractionnés et différents matériaux de comblement et inducteurs de collagène.

Dans le cas d'un comblement (hydroxyapatite de calcium, acide hyaluronique ou graisse), elle recommande une technique avec canule à extrémité proximale évasée, en respectant les différences de volume injecté de 1,5 ml, 2 ml ou 15 ml, respectivement).

Des techniques plus innovantes, telles que les injections de plasma en gel, riche en plaquettes, et les fils tenseurs, l'utilisation d'antioxydants comme l'huile d'olive topique et la radiofréquence avec l'eau, ont été démontrées.

Dans la plupart des cas, il a pu être constaté que l'analyse initiale détaillant les problèmes des mains, ainsi que la combinaison des traitements, sont la clé pour obtenir un résultat satisfaisant. En cas de lésions pigmentées, il est indispensable de réaliser une dermatoscopie préalable, de préconiser un prétraitement avec une formule dépigmentante et d'être très prudent, car la peau est plus fine et comporte peu d'appendices.

En résumé, il faut penser aux mains et ne pas se limiter à la zone du visage, analyser les observations du vieillissement, manipuler avec prudence l'énergie utilisée dans les lasers et l'IPL, mettre en place une routine de soin de la peau. Des études scientifiques comparatives des différents traitements volumiques restent nécessaires.

### **Utilisation des fils PDO : complément aux traitements dermatologiques**

Miriam Neri Carmona souligne les aspects positifs du coût plus faible que représente l'utilisation de fils par rapport à d'autres procédures comme l'acide hyaluronique, de leur plus longue tenue, des effets parfois plus efficaces que la chirurgie, la revitalisation de la peau, pour des patients heureux et satisfaits. La dégradation de la polydioxanone survient en deux étapes. La première entre 3 et 12 semaines sous forme d'hydrolyse. Au cours de la deuxième étape, après 60 jours, les molécules d'eau ont déjà pénétré la structure du fil, qui perd 90 % de sa fermeté. Les complications sont rares. Les plus courantes sont une infection et des fils visibles à la surface de la peau. Ont également pu être observés des hématomes et œdèmes, une sensation de tension et de chaleur, une inflammation et un érythème, des paresthésies.

### **Rhinomodulation : ma technique et mon expérience**

Dr Javier Ruíz Ávila a présenté une approche pratique de la technique consistant à utiliser de l'acide hyaluronique avec des aiguilles en 4 points de base, appliqués à la racine, à la columelle, à la pointe et si nécessaire au niveau de la « supratip ». Il ne recommande pas d'utiliser de l'hydroxyapatite de calcium, car elle est à l'origine de fibroses.

Selon lui, nous vivons à l'ère du rajeunissement mini-invasif, les patients préfèrent des procédures qui n'impliquent pas de temps de convalescence, à moindre coûts et offrant des résultats équivalents à la chirurgie. La rhinomodulation à l'acide hyaluronique est une procédure ambulatoire qui consiste à modeler le profil du nez. Il a souligné les points les plus importants à prendre en compte afin d'éviter les complications. Outre la révision de l'anatomie et des zones de danger à prendre en compte, ainsi que des complications possibles et des réactions en cas de complication, en accord avec les orientations des consensus : il recommande de connaître l'anatomie, les plans, les zones de danger et les techniques d'injection, de prendre en compte les antécédents du patient, de privilégier

l'utilisation d'une canule 25G ou plus (il préfère plus particulièrement les aiguilles), l'aspiration, l'infiltration lente et la visualisation par échographie pour prévenir et traiter une occlusion vasculaire. Elle énonce également un autre consensus à propos des complications, en formulant des recommandations pour reconnaître les premiers symptômes d'atteinte vasculaire (durée, douleur, coloration), l'utilisation d'hyaluronidase 1500 UI + 1 ml de lidocaïne 1-2 %, une nouvelle application toutes les heures, jusqu'à 3 flacons, l'utilisation de radiofréquence, AAS 300 mg, puis 75 mg par jour, sildénafil (contradictoire), prednisone 20-40 mg 3 à 5 jours, doxycycline 100 mg/jour pendant 30 jours, patch de nitroglycérine, caisson hyperbare (en cas de nécrose).

Ses dernières réflexions mentionnent que la rhinomodulation est une technique de plus en plus utilisée, qui peut être moins coûteuse et nécessiter un temps d'immobilisation plus court que la rhinoplastie chirurgicale. Bien que certaines dissymétries faciales embellissent, il est bon de conserver une parfaite symétrie du nez. Il considère que la procédure est sûre entre des mains expertes, mais même dans ce cas il convient d'évaluer les complications qui pourraient survenir chez les patients. Enfin, l'hyaluronidase est efficace, mais la prévention reste le meilleur traitement administré par les dermatologues qui ont de l'expérience.

### **Le point sur l'exfoliation chimique sur des peaux mélanodermes**

Elle est en accord avec le Dr Miroslava Zolano Orozco, concernant le développement de la dermatologie cosmétique à l'échelle mondiale, les traitements qui sont efficaces contre les imperfections de la peau et embellissent sans temps de convalescence prolongés ou sans exposer les patients aux risques qui accompagnent une chirurgie, gagnent en popularité. L'exfoliation chimique est un traitement courant, rapide, sûr et efficace réalisé en cabinet, applicable aussi bien à des fins cosmétiques qu'aux ridules et au photovieilissement, mais aussi en tant que traitement de première intention ou complémentaire pour l'acné, les troubles pigmentaires et les cicatrices. Les dermatologues font face à des difficultés spécifiques lorsqu'ils ont recours aux peelings sur des peaux colorées. Les exfoliations peuvent potentiellement défigurer en raison du risque accru de dyschromie post-inflammatoire et de cicatrices anormales. C'est pourquoi, en tant que spécialistes dans ce domaine, nous devons avoir une connaissance solide des différents types d'exfoliation possibles et de leur sécurité sur des peaux mélaniques.

Les exfoliations peuvent être mécaniques, physiques ou chimiques. Superficielles, moyennes ou profondes, en préparation contenant les acides glycolique, lactique, malique, citrique, tartarique, mandélique, benzylique, salicylique, pyruvique, solution Jessner, ATA, phénol et la formule de Baker-Gordon.

Les procédures superficielles sont généralement utilisées en cas d'acné, mélasma, HPI, lentigo, éphélides. Les procédures moyennes le sont en cas de cicatrices de l'acné (CROSS), mélasma, rides, kératose actinique, dommages dus au soleil. Les procédures profondes sont les plus indiquées en cas de rides profondes, cicatrices profondes, cicatrices de l'acné.

L'évaluation préalable porte sur le type de peau, les antécédents d'infections bactériennes, fongiques et virales, les anomalies de la cicatrisation, la profession et les loisirs en plein air, les maladies et la prise de médicaments, le tabagisme, la prise de photographies.

La préparation du patient comprend un photoprotecteur, un rétinoïde, de l'hydroquinone (ou AHA, PHA). 1 semaine avant : arrêter les dermo-nettoyants acides, l'épilation, l'électrolyse, le peroxyde de benzoyle, les AHA, les éponges, les masques, les teintures et les lissages permanents des cheveux. Le jour de l'exfoliation, éviter le rasage, le parfum, etc. Prophylaxie des infections récurrentes si nécessaire, avec du valaciclovir ou du mupirocine.

Les soins post-intervention comprennent des moyens physiques (poche de glace), un nettoyage doux du visage, l'application d'un émollient sans frotter, un bain de gaze imbibé d'acétate d'aluminium, éviter les pincements, éviter le soleil.

Les complications liées aux exfoliations chimiques sur les peaux foncées sont l'HPI, l'hypochromie, les cicatrices, l'acné, les érythèmes persistants, les infections.

# Gestion des complications lors de procédures esthétiques

## Salutations et aspects généraux

Le Dr Francisco Marcos Pérez Atamoros, dans sa brève introduction, a rappelé que les complications font et feront toujours partie des activités médicales. Le plus important est de savoir les identifier et de réagir immédiatement.

## Complications liées aux neurotoxines

Maritza Kummerfeld a parlé non seulement des événements indésirables généraux, comme la douleur, les céphalées, les érythèmes, les œdèmes légers, les ecchymoses, la peau sèche, mais aussi de sujets tels que l'incidence des anticorps, qui est plus faible que dans la sphère thérapeutique (près de 1,8 %). Selon elle, les réactions allergiques sont rares, il y a des cas de nausées, de fatigue, de malaise, de nodules et un cas d'anaphylaxie rapporté dans les cosmétiques. Un visage non expressif et un patient insatisfait ont également été considérés comme des complications. Concernant la région d'application, on a pour la zone glabellaire la blépharoptosis, le ptosis (ou élévation accentuée) du sourcil. Traitement suggéré du ptosis par apraclonidine 0,5 % 1 à 2 gouttes 3 fois par jour. Et des exercices d'élévation des sourcils. En cas de hauteur importante, injecter 2 U au-dessus du sommet. Pour la zone du front, la blépharoptosis, l'asymétrie et l'affaissement ou l'aplatissement du sourcil. Traitement par injection dans la zone orbiculaire supérieure latérale. Pour la zone des pattes d'oie, la photophobie, le ptosis des paupières, l'asymétrie, la blépharoptosis, la diplopie, la lagophtalmie, l'ectropion, la xérophtalmie. Pour les rides du nez (« bunny lines »), le ptosis labial, l'épiphora, la diplopie. Pour la zone des lèvres, l'asymétrie, l'altération de la forme, l'incompétence orale, sans traitements correctifs. Dans le traitement du sourire gingival, de l'asymétrie du sourire, le ptosis labial et de l'incompétence orale. Pour la zone des rides de la marionnette, l'asymétrie ou l'altération de la forme des lèvres, statique ou dynamique. Pour la zone du menton, l'asymétrie des lèvres et l'altération de leur forme. Pour la zone des masséters, difficulté à mâcher et à sourire. Pour la zone du platysma, selon elle, la connaissance adéquate de l'anatomie et des muscles associés, l'individualisation du patient, la précision de l'injection, le dosage optimal sont indispensables.

## Complications liées aux produits de comblements

Dr Francisco Marcos Pérez Atamoros présente les principaux facteurs de complications avec les produits de comblement : méconnaître l'anatomie, méconnaître les produits de comblement, laisser le fabricant « dire » comment utiliser le produit, mélanger les produits de comblement, réappliquer plusieurs fois, ou les effets accentués à cause des permanentes. Les complications liées à l'application de différents types de produits de comblement sont tous les jours plus fréquentes, d'une part en raison de l'augmentation de la demande de ces traitements et, d'autre part, en raison du manque d'expérience et surtout de connaissances de la part de nombreux médecins spécialistes et d'encore plus de NON-spécialistes. Les complications liées aux produits de comblement temporaires sont très faibles par rapport aux produits permanents. Nombre de ces effets indésirables, effets secondaires et complications peuvent survenir plusieurs mois ou années après l'application du produit de comblement. Certains effets indésirables, tels que douleur, ecchymoses, œdème, rougeur, hyperpigmentation et infections, sont étroitement liés à un manque de technique d'application du médecin. Normalement, toutes ces situations se résolvent favorablement avec le temps, certaines nécessitant des analgésiques, des anti-inflammatoires, des diurétiques et des antibiotiques pour être totalement maîtrisées sans séquelles. Les effets indésirables tels qu'une asymétrie, une migration, une sur-correction, un effet Tyndall, des nodules, des granulomes, des abcès, des œdèmes liés au biofilm, des réactions à un corps étranger et une fibrose sont dus en grande partie aux substances et surtout au manque d'expérience et d'expertise des médecins.

Les biofilms sont des structures hétérogènes qui comprennent des bactéries ancrées dans une matrice extracellulaire très puissante de sécrétion de polysaccharides et d'acide hyaluronique. Cela



suffit à entretenir le développement de ces micro-organismes. De manière caractéristique, ils répondent à des stimuli, maintiennent un environnement homéostatique, l'échappement au système immunitaire par l'expression du gène et une forte résistance aux antibiotiques.

Le traitement privilégié concernant l'effet Tyndall et les œdèmes infra-orbitaires et malaires est la hyaluronidase. Pour les nodules non associés à une inflammation : drainage direct ou hyaluronidase. Ce sont bien sûr les complications graves, telles que les réactions d'hypersensibilité précoces (extrêmement rares), que nous craignons le plus. Les réactions tardives sont plus fréquentes. La nécrose dans la zone d'application ou à distance est essentiellement liée à l'embolisation ou à l'occlusion de vaisseaux sanguins importants. Dans ces complications, le médecin peut minimiser ou éviter les dommages subis sur une zone ou par des organes, comme les yeux, en réagissant correctement et IMMÉDIATEMENT. Nous disposons aujourd'hui de nombreux éléments qui nous aident à PRÉVENIR les complications, notamment une connaissance approfondie de l'anatomie de la zone à traiter, une formation théorique et, surtout, pratique détaillée sur l'application des produits de comblement, l'utilisation de canules de gros calibre (25, 23, 21, 20, 18G). Nous disposons d'une petite équipe d'urgence qui nous permet de traiter immédiatement toute complication : Hyaluronidase (1500 u.i. ou 25 katal), solution à diluer, seringue 3 cc, patchs de nitroglycérine (dose de 5,5 à 7 mg par surface cutanée de 5 x 5 cm), compresses chaudes, comprimés d'acide acétylsalicylique 100 mg. Contacter d'urgence l'hôpital le plus proche et un OPHTALMOLOGUE formé et informé sur les soins en cas de complications oculaires par occlusion. Aujourd'hui, lorsque nous appliquons un produit de comblement sur une partie du corps humain, quelle qu'elle soit, le médecin est dans l'OBLIGATION de :

Suivre une formation adéquate pour l'application prévue.

Connaître parfaitement l'anatomie de la région concernée.

Avoir un sens aigu et développé de l'esthétique.

Connaître et savoir identifier les signes précoces de toute complication et RÉAGIR immédiatement de façon correcte et opportune.

Contactez un spécialiste ophtalmologue ainsi que les urgences de l'hôpital le plus proche. Une embolisation oculaire se reconnaît grâce à un symptôme très important qui est la sensation que de l'eau pénètre dans les yeux, ou la sensation d'un corps étranger dans les yeux.

### **Complications liées à l'utilisation de fils**

Selon le Dr Reynaldo Arosemena, les complications à court terme sont des ecchymoses, de la douleur, une inflammation, des saignements. Parmi les préoccupations cosmétiques, nous pouvons citer des creux, des irrégularités, des contours anormaux du visage. Séquelles neurosensorielles : tension, engourdissement et prurit. Infections, inflammation, abcès, extrusion du fil, induration sous-cutanée, granulome, lésion des structures avoisinantes telles que les nerfs faciaux, parotide. Creux, infection et modifications des contours du visage sont apparemment les complications les plus fréquentes, selon les articles. Elles sont traitées, pour la plupart, de manière conservatrice grâce à des méthodes non chirurgicales, des antibiotiques, de la physiothérapie, des analgésiques. Les troubles sensoriels sont traités par la méthylcobalamine, complexe B, les dépressions par massage local et chaleur. Pour l'induration sous-cutanée, on utilise des infiltrations avec des corticostéroïdes.

### **Complications liées à l'utilisation de technologies, laser ou non**

Dr Emma Guzmán rappelle tout d'abord quelques complications liées à des procédures sans laser. La microdermabrasion, par exemple, permet de traiter pétéchies et purpura, érythème, sensation de brûlure légère, hyperpigmentation et desquamation. Pour hydrodermabrasion, érythème, œdème, saignement, hyper ou hypopigmentation, infections. Microponction, érythème, douleur, réaction granulomateuse (selon le matériau), infection. L'utilisation adéquate du laser pour la pathologie à traiter garantit le résultat efficace de l'application de ces techniques, qui ont contribué à l'amélioration des lésions superficielles de la peau et surtout à l'amélioration de l'apparence de nos patients, avec moins de dommages pour la peau. C'est pour cela que le choix du phototype de la peau du patient permet d'éviter les effets indésirables. Il est important de suivre les mesures de prévention, qui



consistent à traiter la peau sans lésion active, sans irritation. Si la peau est bronzée, il est déconseillé d'utiliser un laser. Une bonne hydratation de la peau contribue au rétablissement rapide et la préparation de la peau en amont de la procédure avec photoprotection est un facteur très important, car elle permet d'éviter ainsi une hyperpigmentation après le traitement, l'un des effets indésirables les plus courants. Pour le laser et l'IPL, les complications les plus courantes sont : érythèmes, douleur passagère, papules, pétéchies, hyperhémies, brûlures, œdèmes, altérations pigmentaires, atrophie et cicatrices. Dans le cas des lasers ablatifs, érythèmes, pétéchies, cicatrices, herpès simplex. L'hyper/hypopigmentation sont plus fréquentes avec l'IPL et les lasers Q-Switched Alexandrita et Laser Diodo. En cas d'hyperpigmentation, elle recommande d'utiliser des agents blanchissants, une protection solaire, un rétinoïde topique et de la vitamine C.

Voici un résumé de ce qui s'est passé aujourd'hui pendant le CILAD 2022. J'espère que cela vous a plu !

---

Chers collègues, chères collègues,

Le deuxième jour du congrès CILAD 2022 était très chargé. Me voici, en collaboration avec NAOS/Bioderma, pour vous faire découvrir les points les plus intéressants de la journée.

## Acné de l'adulte

### Pourquoi la prévalence de l'acné de l'adulte augmente-t-elle ? Données sur les avantages de la dermocosmétique

Selon la **Dre Patricia A. Troielli**, la prévalence mondiale de l'acné est de 9,8 %. L'acné de l'adulte est une consultation toujours plus fréquente. La prévalence est plus élevée pour les femmes souffrant d'acné persistante ou d'acné apparaissant après l'âge de 25 ans. Dans ces cas, la prise en charge thérapeutique doit être adaptée aux caractéristiques spécifiques de la population adulte, en tenant compte des nouveaux et différents facteurs qui favorisent la chronicité et la gravité de l'affection. Les traitements topiques à base de rétinoïdes, de peroxyde de benzoyle, d'acide azélaïque, dont l'efficacité est reconnue dans l'acné vulgaire, provoquent souvent une sécheresse, une irritation et un érythème, ce qui limite l'adhésion au traitement et conduit à son échec. Par conséquent, l'indication pour la dermocosmétique et sa demande augmentent (nettoyants, crèmes hydratantes, écrans solaires, maquillage) comme monothérapie, ou thérapie adjuvante (apparition et entretien) pour assurer la réussite du traitement et éviter les récives. L'utilisation de dermocosmétiques augmente la satisfaction du patient envers le traitement, diminue les effets indésirables du traitement pharmacologique et permet une meilleure adhésion.

### Acné modérée à sévère de la femme adulte, critères d'évaluation et nouveaux traitements

Pour la **Dre Giselle Claros**, l'acné de l'adulte est une pathologie chronique de la peau, avec un impact élevé psychologique, social et émotionnel. Elle se présente chez les personnes de plus de 25 ans, avec une plus grande prévalence chez les femmes. La forme clinique, à la différence de l'acné juvénile, est principalement dans le tiers inférieur et correspond à une acné modérée à sévère, souvent réfractaire à de multiples traitements. Elle peut se présenter de forme persistante, tardive ou récurrente. L'évaluation doit prendre en compte l'âge de la patiente, le moment de l'apparition, les traitements éventuels, l'utilisation de tout type d'ACO, de suppléments, de médicaments, s'il existe une relation avec les menstruations, la possibilité ou le désir de grossesse. Il ne faut pas oublier

l'association positive du DIU hormonal à l'acné. Des examens biologiques sont indiqués en cas de signes d'hyperandrogénie, tels que des troubles menstruels ou un hirsutisme, bien que seuls 18 % environ d'entre eux soient concernés. L'examen comprend la testostérone totale et libre, le SDHA, l'androstènedione, l'AMH, les FSH/LH, la 17-OH-progestérone, la PRL, la TSH. Les examens doivent être collectés entre le troisième et le cinquième jour du cycle. La prise en charge thérapeutique doit être holistique. Les nouveaux topiques comprennent la clascosterone, le trifarotène et la mousse de minocycline. Les contraceptifs les plus efficaces pour le traitement de l'acné sont de la troisième et la quatrième génération et contiennent de l'acétate de cyprotérone, de la drospirénone, de la chlormadinone, du diénogest ou du nomégestrol. La spironolactone est très bien tolérée. Ses effets indésirables dépendent de la dose (irrégularité menstruelle à 22 %). La surveillance du potassium est indiquée pour les personnes de plus de 45 ans. Pour améliorer les effets indésirables de l'isotrétinoïne, quelques auteurs défendent l'utilisation d'antihistaminiques pour réduire les épidémies et d'oméga 3 (1 g par jour) pour les effets cutanéomuqueux. Toujours avec un traitement d'entretien.

### **Cicatrices et HPI : risques, types et évaluation**

Pour la **Dre Emilia Noemi Cohen Sabban**, n'importe quelle patiente avec de l'acné est à risque de cicatrisation. Elle a souligné certaines idées fausses, comme le fait de penser qu'elles ne se produisent que dans les cas graves, qu'elles « disparaissent » une fois l'acné terminée et qu'elles ne se produisent que si les lésions sont manipulées. Les facteurs de risque sont : extension et durée de l'acné, durée jusqu'à un traitement efficace (point de césure = 3 ans), antécédents familiaux et manipulation des lésions. Un traitement efficace réduit le risque de cicatrices. La HPI est une hypermélanose acquise, avec production accrue de mélanine ou dispersion irrégulière des pigments après une inflammation. Elle survient chez n'importe quel sexe et à n'importe quel âge, et est fréquente chez les patients souffrant d'acné et plus élevée chez les personnes à peau sombre. Les agressions mécaniques peuvent exacerber la HPI. Le traitement de la HPI implique en prévention (contrôle de l'inflammation, en tenant compte du potentiel irritant des principes actifs), soins de la peau (protection solaire), dépigmentation (HQ, Triple, RET, AZA), procédures (peelings, lasers, IPL, microneedling). À combiner avec des dermocosmétiques contenant de l'acide kojique, de l'arbutine, du niacinamide, du thiamidol, de la cystéamine.

### **Lumières et lasers : leur véritable rôle**

Pour la **Dre Mónica Ramos**, il existe des longueurs d'onde pour chaque objectif thérapeutique : C. acnes, kératinocytes, stratum corneum folliculaire, capillaires dermiques, glande sébacée. La PDT est une bonne alternative pour l'acné active, qui réduit les marqueurs pro-inflammatoires et C. acnes. Son conseil pour baisser le niveau de douleur est de réduire la durée d'incubation d'ALA (30 min) et d'augmenter la dose de lumière (150 J). La thérapie photopneumatique, également pour l'acné active, réduit C. acnes et supprime de manière photothermique les follicules. Le laser KTP 532 nm agit également sur l'acné active à travers la photoactivation des porphyrines bactériennes, réduisant C. acnes et provoquant des dommages thermiques aux glandes sébacées. Le laser à colorant pulsé (PDL, pulsed dye laser) agit sur l'acné inflammatoire, en détruisant les vaisseaux sanguins et en inhibant la prolifération des kératinocytes. Le laser à diode 800 nm + microparticules d'or agit sur l'acné inflammatoire par photothermolyse directe des glandes sébacées. La lumière intense pulsée (IPL, pulsed dye laser) agit sur l'acné inflammatoire par photothermolyse des glandes sébacées, réduit C. acnes et provoque la photoexcitation des porphyrines bactériennes. Le laser Nd:YAG 1 064 nm « long pulse » agit sur la destruction des glandes sébacées, réduit les cytokines pro-inflammatoires et détruit le stratum corneum périfolliculaire. Le laser à CO2 fractionné agit sur la photothermolyse de la glande sébacée. En association avec l'IPL, il contribue à la réduction de sébum. En association avec la RF fractionnée, il contribue à la destruction des glandes sébacées. Il diminue les lésions inflammatoires et non inflammatoires (cicatrices). Le laser Nd:YAG 1 064 nm QS fractionné nano/pico est indiqué pour le traitement des cicatrices de l'acné. Il remodèle le collagène et régule les cytokines inflammatoires. Il est sans danger sur les phototypes élevés et intéressant, car il permet le transport de médicaments. Le laser fractionné non ablatif Er. verre (1 550 nm, 1 540 nm)

est un infrarouge qui effectue une destruction photochimique des glandes sébacées, une photothermolysé des sébocytes et de C. acnes. Recommandations :  
Léger-moderé : non ablatif, Er. verre (1 550 nm, 1 540 nm), nano/pico fractionnés  
Moderé-grave : ablatif, CO2 ou Er. TAG, RF fractionnée, nano/pico fractionnés  
Phototypes élevés : Er. verre (1 550 nm, 1 540 nm), nano/pico fractionnés, RF fractionnée  
Érythème ou pigmentation : PDL 585 nm, Alexandrite 755 nm, Nd:YAG 1 064

## Photoprotection

### Nouveaux concepts en matière de photoprotection

Selon la **Dre María Victoria De Gálvez Aranda**, jusqu'à il y a quelques années, la photoprotection de base reposait sur trois piliers fondamentaux : les habitudes photoprotectrices, la photoprotection physique et les formules photoprotectrices topiques. L'objectif principal était de prévenir les coups de soleil causés principalement par le rayonnement ultraviolet B. Cependant, au cours des dernières décennies, il a été démontré que le rayonnement solaire d'autres longueurs d'onde, le stress oxydatif et l'échec de la réparation de l'ADN, parmi d'autres facteurs, sont également impliqués dans les dommages photo-induits. De nouvelles protections solaires comme le TriAsorB et le Mexoryl 400 ont un spectre plus large, qui protège non seulement contre les UVA + UVB, mais également contre la lumière bleue. Les photoprotecteurs avec couleur protègent mieux face à la lumière visible. Les photoprotecteurs 100+ protègent mieux que le FPS 50+ lors d'une exposition élevée au soleil. Les thérapies de réparation de l'ADN et les antioxydants complètent l'action du photoprotecteur.

Le concept de photoprotection intégrale a changé et des indicateurs du rayonnement ultraviolet reçu ont été développés. Le calculateur de mélanine, par exemple, prend en compte le temps d'exposition au soleil et aux lumières (ampoule, LED, écrans) et évalue immédiatement la dose minimale de PPD requise et la nécessité d'une protection solaire contre la lumière bleue. L'UVI-LISCO est un type de cadran solaire qui, en fonction de la position de l'épaule, indique le niveau de risque d'exposition aux radiations. Il existe des dispositifs et des pages Web qui permettent de connaître le niveau d'irradiation lumineuse en temps réel. D'autre part, en plus de la santé, les préoccupations relatives aux dommages causés par le soleil sont également prises en compte dans d'autres secteurs tels que l'éducation, le tourisme, le sport et le travail.

### Photoprotection dans la communauté, expérience dans notre environnement

Localisée au sud de l'Espagne, dans la province de Malaga, la Costa del Sol occidentale est une zone connue pour son activité de tourisme de soleil et balnéaire. Elle abrite une communauté multiculturelle et l'un des taux les plus élevés de cancer de la peau en Europe. La

**Dre Magdalena De Troya Martín** présente son expérience en matière de photoprotection et de campagnes de prévention du cancer de la peau dans la communauté depuis plus d'une décennie. En 2009, la campagne « Disfruta del Sol sin dejarte la Piel » (<https://disfrutadel.sol.hcs.es/>) (Profitez du soleil sans y laisser votre peau) a débuté. La campagne est le fruit d'une collaboration entre l'hôpital Costa del Sol et le district sanitaire de la Costa del Sol afin de réduire l'incidence, la mortalité et les coûts sanitaires du cancer de la peau sur la Costa del Sol occidentale. Au cours de ces années, plusieurs actions ont été menées, notamment :

- 1) la création d'un programme de formation pour les professionnels de la santé et les agents socio-sanitaires, avec plus de 2 000 professionnels de différents secteurs,
- 2) la création d'un programme éducatif et d'un label scolaire, auquel ont adhéré plus de 100 écoles en Andalousie,
- 3) un large éventail d'interventions éducatives pour différents groupes de population à risque,
- 4) de nombreuses interventions dans les médias locaux/régionaux/nationaux/internationaux, ainsi que le lancement de propres comptes de médias sociaux,

5) un grand nombre de recherches et d'innovations dans le domaine de la prévention du cancer de la peau. Depuis 2020, elle a proposé de faire avancer la stratégie à d'autres lieux dans la région et au-delà, grâce au projet SOLUDABLE (<https://soludable.hcs.es/>), un programme pluridisciplinaire de prévention du cancer de la peau, à l'échelle nationale et internationale.

### **Photoprotection : Aller au-delà de la peau**

Il s'agit d'un examen des niveaux plasmatiques détectables des composants des protections solaires après application topique et de la possibilité d'éventuelles conséquences sur la santé. Il a été élaboré à partir d'un examen des articles de journaux actuels. Pour la **Dre Ana Larrache**, la photoprotection est une mission d'enseignement que nous, dermatologues, avons auprès des patients, en cherchant à prévenir les effets nocifs du soleil, déjà bien étudiés. Mais en tant que professionnels de la peau, nous sommes confrontés à un dilemme : Que se passe-t-il au-delà de cette application cutanée ? Quel est le niveau de sécurité au niveau systémique pour nos patients ? Le fait que les produits passent dans le sang signifie-t-il qu'ils ne sont pas sûrs ? Collaborons-nous à l'apparition de pathologies cutanées et/ou systémiques que nous soupçonnons être associées à l'utilisation prolongée des protections solaires ? Quels sont les dommages causés à notre environnement ? Grâce à ces questions, de nouvelles portes s'ouvrent à la découverte d'autres substances. De nouvelles études menées par la FDA sur des protections solaires d'usage courant (lotion et spray), après une seule application, montrent des niveaux élevés de principes actifs, supérieurs à ceux considérés comme sûrs par la FDA. Des études précédentes ont montré que certains des ingrédients étudiés par la FDA peuvent agir comme perturbateurs hormonaux et conduire à des problèmes de fertilité, à un mauvais développement des nouveau-nés et la possibilité d'un cancer a même été évoquée. D'autre part, la question des changements environnementaux attribués à l'utilisation inconsidérée des protections solaires est examinée. Cependant, elle n'a pas présenté de contre-exemples aux études décrivant ces alertes.

### **Photoprotection orale**

Pour la **Dre Wendy Rocío Peralta Sanchez**, il faut tenir compte de l'alimentation pour assurer la santé de la peau, « plus il y a de couleurs, mieux c'est ». 2/3 tasse de carotte pour le jaune/orange (Vit. A), 1 tomate crue pour le rouge/orange (Vit. C), 1/2 avocat pour le vert (Vit. E, acide folique), 1 noix du Brésil, amandes pour le brun (minéraux, oligo-éléments, biotine), poulet, poisson pour le rose (protéines), 1 tasse de myrtilles/fraises pour le bleu (antioxydants) et une supplémentation de 1000/2000 U de vitamine D sont essentiels pour la santé de la peau. Dans le cadre de la photoprotection intégrale, l'utilisation orale de vitamines, de principes pharmacologiques, de minéraux, de proanthocyanidines, de thé vert, de flavonoïdes, a été décrite dans toute la littérature mondiale comme un complément (toujours) à la photoprotection topique, dans tous les groupes de population et en particulier ceux ayant des antécédents de cancer de la peau non mélanique, de mélasma, de maladies cutanées inflammatoires ou immunologiques ou dans les groupes considérés comme à haut risque (phototypes faibles, personnes exposées à l'air libre pendant de longues périodes), de dermatoses photoaggravées, de gènodermatoses, ayant la peau foncée. Les antipaludiques (200 à 250 mg/jour), même s'ils sont efficaces, doivent uniquement être envisagés comme traitement de première ligne pour certaines pathologies, à cause de leurs effets indésirables. Les antioxydants, enzymes, caroténoïdes, polyphénols, flavonoïdes, acides gras, N-acétylcystéine, prébiotiques, vitamines, minéraux, anti-inflammatoires non stéroïdiens, algues, lichens, fougères peuvent apporter des niveaux de protection supplémentaires.

---

**Quand les bactéries de la peau et les médicaments conspirent : exploiter la toxicité de la peau acnéiforme dans les médicaments anticancéreux**

Le **Dr Lars French** parle des mécanismes impliqués dans les éruptions papulopustulaires (acnéiformes) liées aux inhibiteurs de l'EGF-R et de MEK. Il existe des preuves démontrant que l'IL-36 et l'IL-8 sont probablement des cytokines motrices. La répartition prédominante sur les zones riches en sébum et l'éruption « stérile » indiquent un cofacteur nécessaire à l'expression optimale de l'IL-36 : C. acnes. L'inhibition de la signalisation de l'EGF-R/MEK ainsi que l'activation simultanée de la signalisation de TLR-2 par C. acnes entraîne une forte expression des kératinocytes IL-36 et IL-8. Les facteurs de transcription LF4 et NFκB (p65) jouent un rôle important dans l'effet de synergie de l'EGF-R/MEK et de C. acnes sur l'expression du kératinocyte IL-36.

---

## Guide du dermatologue pour les indications non dermatologiques de la toxine botulique

Le **Dr Hassan Galadari** s'est concentré sur les indications qui ne concernent pas les rides :

Hyperhidrose axillaire 100 U (au total) en moyenne. Pouvant aller jusqu'à 200 U. Palmoplantaire, dosage similaire, plus pour la plante des pieds. Plus douloureux et plus d'EA.

Migraine – mécanisme encore inconnu. Ne fonctionne que lorsque les maux de tête surviennent la plupart des jours du mois (15 ou plus, dont 8 migraineux). Dose totale 155 U (31 sites à 5 U chacun) : muscles frontaux (4 sites), sourciliers (2 sites), procéus (1 site), occipital (6 sites), temporal (8 sites), trapèze (6 sites), paradorsal cervical (4 sites)

Troubles temporo-mandibulaires – 100 U. Pouvant aller jusqu'à 150 (10 sites à 10 U chacun), 3 par masséter et 2 pour le temporal.

Cicatrices – 10 U/cm

Dépression – mécanisme de rétroaction ?

---

## Réactions cutanées à la suite d'une vaccination contre la Covid-19 – La situation de Singapour

Selon le **Dr Yen Loo Lim**, les principales réactions au sein de la population de Singapour sont les suivantes :

- Réactions locales étendues retardées – plus fréquemment avec un vaccin à ARNm, 7 jours après la vaccination, autolimitante (une semaine). Le patient peut poursuivre avec le même vaccin, mais dans le bras controlatéral
- Urticaire/dermographisme/angioœdème – 7 jours après la vaccination (nouvelle apparition), 156 jours jusqu'à la résolution complète. Le patient peut poursuivre avec le même vaccin, mais il doit prendre des antihistaminiques 2 à 3 jours avant.
- Exanthèmes maculopapuleux – 6 jours après la vaccination, résolution en 8 jours. Le patient peut poursuivre avec le même vaccin.
- Éruptions de pityriasis rosé – 9 jours après la vaccination, durée de 7,5 jours. Le patient peut poursuivre avec le même vaccin.
- Réactions eczémateuses/dermatite atopique – 8 jours après la vaccination, résolution en 196 jours (nouvelle apparition). Le patient peut poursuivre avec le même vaccin.
- Psoriasis/psoriasis pustuleux – 10 jours après la vaccination, durée de 331 jours (nouvelle apparition)
- Zona – 16 jours après la vaccination, durée de 19 jours
- Maladies bulleuses auto-immunes – 11 jours après la vaccination, durée de 158 jours



- Les difficultés à rendre les vaccins contre la Covid responsables des éruptions cutanées sont liées aux paramètres suivants :
  1. Large spectre des éruptions cutanées
  2. Intervalle variable entre la vaccination et l'apparition de l'éruption
  3. Retard dans la présentation aux cliniques ou l'auto-déclaration d'une aggravation de dermatoses existantes.
  4. Prise concomitante d'autres médicaments
  5. Différenciation du pathomécanisme unifié d'hyperactivité immunitaire post-vaccination
  6. Manque de compréhension du pathomécanisme unifié d'hyperactivité immunitaire post-vaccination.
  7. Parti pris/méfiance à l'encontre des vaccins à ARNm de la part des patients

Voici le résumé de ce qu'il s'est passé aujourd'hui au congrès du CILAD 2022 à Madrid. J'espère qu'il vous a plu.

---

## Quelles nouveautés ?

### Nouveautés en matière de dermatologie clinique

Au cours de l'année passée, la dermatologie clinique a connu des nouveautés significatives. De nouveaux traitements biologiques sont venus compléter l'arsenal thérapeutique face au psoriasis et permettent d'espérer face à des pathologies jusqu'alors sans solution, comme la dermatite atopique. Le nombre de revues systématiques dans le domaine de la dermatologie a augmenté de manière exponentielle en 2019. Résultat : notre spécialité est moins sujette à la variabilité clinique et repose toujours plus sur des données concrètes. Les pathologies dermatologiques ne sont plus considérées comme des phénomènes « externes », mais comme le signe de tout un éventail de comorbidités, que le dermatologue doit connaître afin de mettre en place une prévention et une prise en charge pluridisciplinaires. Les génodermatoses sont de mieux en mieux connues, comme toutes les maladies dermatologiques associées à une atteinte systémique.

Cette présentation a abordé cet aspect ainsi que d'autres enjeux pertinents en matière de dermatologie clinique, sans oublier le problème sanitaire qui a paralysé le monde et mis nos systèmes de santé à rude épreuve : la pandémie de COVID-19.

Le Dr Yolanda Gilaberte a attiré notre attention sur la variole du singe (Monkeypox). Due à un contact direct ou une consommation de primates ou rongeurs, elle se transmet de personne à personne via les gouttelette respiratoires, les fluides corporels, les objets contaminés, la contamination de la mère à l'enfant et les rapports sexuels. Le diagnostic différentiel au niveau génital comprend l'herpès simplex, la syphilis, la LGV, la gale nodulaire et le molluscum. Dans d'autres sites, le diagnostic différentiel comprend la varicelle, la folliculite associée à un herpès disséminé, les piqûres, la syphilis secondaire, l'infection gonococcique disséminée, l'impétigo et molluscum. Il convient de porter un masque FFP2 et de s'isoler de tout contact. Le diagnostic est établi par test PCR (vésicules, exsudats, croûtes, sang, pharynx). Les cas graves sont traités par cidofovir et técovirimat. Le vaccin contre la variole offre une protection. Le Dr Gilaberte a passé en revue les différents types de réactions aux vaccins contre la COVID, tout en soulignant l'importance du linge de cuisine et des serviettes dans la transmission des virus HPV1 et HPV2. Le syndrome VEXAS (vacuoles, enzyme E1, lié à l'X, auto-inflammatoire, somatique) doit être suspecté chez les patients adultes de sexe masculin présentant une fièvre et une asthénie, un tableau clinique cutané compatible (nodules infiltrés érythémateux ou purpuriques douloureux, chondrite, œdème périorbitaire, vasculite réfractaire, cytopénie et hausse des marqueurs d'inflammation, dermatose neutrophilique sans vasculite d'après la microscopie). Il convient de pratiquer une biopsie de la moelle osseuse afin de



détecter les vacuoles. Il convient également d'effectuer une analyse génétique d'AB1. Le Dr Gilaberte a présenté le lien entre le pemphigus profond et l'herpès simplex, tout en conseillant de dépister le VHS par test PCR en cas de pemphigus et de traiter les patients positifs, en plus d'envisager un traitement préventif dans les cas graves. Elle a par ailleurs évoqué la bonne réponse de la pemphigoïde bulleuse au traitement par omalizumab et a récapitulé les traitements face aux maladies auto-immunes systémiques :

Dermatomyosite : rituximab, tofacitinib, autres anti-JAK, bélimumab, aprémilast et abatacept, ustékinumab, anakinra, tocilizumab. PAS D'ANTI-TNF ALPHA !

Sclérodermie : rituximab, bélimumab et tofacitinib (durcissement) et cilostazol, bosentan, iloprost (Raynaud).

Lupus : bélimumab, ustékinumab. PAS DE RITUXIMAB !

Le Dr Gilaberte nous a également parlé d'une étude de population portant sur 1 160 patients atteints d'hidradénite suppurée, en précisant les comorbidités observées chez ces sujets. En ce qui concerne les effets indésirables cutanés des collyres antiglaucomateux (analogues de la prostaglandine), elle a évoqué la dermatite de contact, l'hyperpigmentation, la périorbitopathie, la pemphigoïde muqueuse, l'achromotrichie, l'hypertrichose et l'hyperpigmentation ou hypopigmentation cutanée. Les effets indésirables à distance du site traité comprennent le psoriasis, l'hypersudation, le lichen plan, l'alopecie et la NET. Le Dr Gilaberte nous a montré les bons résultats obtenus par les traitements suivants : le baricitinib face à la pelade ; le dupilumab face au prurigo nodulaire. Elle a également évoqué un nouveau traitement face à la scabiose : le spinosad, insecticide naturel issu des actinobactéries présentes dans le sol, qui s'applique une seule fois. Elle a mis en évidence le lien entre une alimentation riche en sel et le risque de DA, mais aussi entre le tabagisme et le risque de DA. « Les habitudes ont aussi leur importance. »

### **Nouveautés en matière de chirurgie dermatologique**

Ricardo Vieira nous a conseillé une technique de « nœud coulant », qui permet aux patients de retirer eux-mêmes leurs points de suture, et donc d'économiser des déplacements, du temps et des ressources, surtout en période de pandémie. Face aux défauts circulaires, l'utilisation de fils de suture crantés permet des nœuds plus sécurisés. La technique du lambeau « en fourmi » est une autre solution face aux défauts circulaires. Le lambeau SH est une alternative à l'approche bilatérale (OH). Enfin, Ricardo Vieira a souligné la possibilité de réduire les émissions de CO2 en évitant les tissus jetables et en utilisant les transports collectifs, entre autres.

### **Nouveautés en matière de dermatopathologie**

Le Dr Martín Sangüeza a rapporté les nouveautés en matière de dermatopathologie : nouvelles entités, nouveaux marqueurs, nouveaux anticorps, nouvelles classifications et nouvelles techniques. La microscopie virtuelle est une technique dans le cadre de laquelle des appareils enregistrent une image histologique des lames de manière à ce que ces images puissent être visualisées et manipulées par écrans interposés afin d'établir un diagnostic. Il a également évoqué les grands progrès de l'intelligence artificielle dans le domaine de la dermatopathologie.

### **Nouveautés en matière de dermatologie pédiatrique**

Le Dr Margarita Larralde a évoqué les nouveaux critères qui ont été proposés pour le diagnostic de la neurofibromatose de type 1, l'objectif étant d'écarter les syndromes de Legius (dans lesquels les neurofibromes, nodules de Lisch, gliomes des nerfs optiques et autres tumeurs malignes sont absents) tout en réaffirmant les caractéristiques de la NF1. Le Dr Larralde a également présenté l'utilisation du sélumétinib en traitement des neurofibromes plexiformes inopérables. Elle a parlé des critères pour diagnostiquer le syndrome de Happle-Tinschert (taches hypopigmentées et hyperpigmentées, hamartomes folliculaires basaloïdes à la distribution segmentaire, hypertrichose nævoïde, atrophodermie linéaire, puits palmoplantaires, excès de peau au niveau des mains et des pieds, ongles déformés). Elle nous a présenté plusieurs cas d'éruptions papulosquameuses associées à une mutation de CARD14 chez l'enfant. Elle a par ailleurs évoqué l'utilisation de

l'ustékinumab en cas de NEVIL et le déficit en ISG15 (ulcérations résistant aux corticoïdes, poussées et rémissions, résolution spontanée). Elle nous a informés que l'asymétrie des grandes lèvres est bénigne avant la puberté, quand ce phénomène est unilatéral et asymptomatique, sans signe de virilisation. L'hamartome fibreux au niveau du bout de la langue est un défaut de fusion des premiers arcs branchiaux, associé à un syndrome oro-facio-digital. Cette lésion est bénigne et stable ; l'exérèse n'est pas recommandée.

Un dernier mot : Ce fut un privilège de participer à ce congrès de la CILAD 2022 et, aux côtés de NAOS/Bioderma, de partager tout ce que j'ai appris avec mes confrères et consœurs. J'espère que vous aussi, vous aurez appris des choses !

Ne manquez aucun comptes-rendus de congrès



BIOLOGY AT THE SERVICE OF DERMATOLOGY

*Learn more about NAOS, French ecobiology company  
founder of BIODERMA, on [www.naos.com](http://www.naos.com)*