

COUP D'ŒIL DU CONGRES

JDP 2024- Médecins Généralistes

-LES CHIFFRES DU CONGRES

- MALTRAITANCE DE L'ENFANT : RECONNAÎTRE LES SIGNES CUTANÉS ET CONDUITE A TENIR.

H. Dufresne, S. Hadj-Rabia, J. Bonigen

-ACTUALITÉS EN PHOTOPROTECTION.

Orateur(s) : C. Bedane, M.T. Leccia, J.C. Béani

-SYMPOSIUM SATELLITE NOVARTIS - PEUT-ON CHANGER L'HISTOIRE NATURELLE DES DERMATOSES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES ? DE LA THÉORIE A LA VRAIE VIE.

Orateur(s) : P.A. Bécherel, N. Quiles-Tsimaratos, D. Jullien

-TÉLÉDERMATOLOGIE : QUELLES NOUVELLES ORGANISATIONS ? QUELLES INNOVATIONS ? QUELLES PERSPECTIVES ?

Orateur(s) : M. Bataille, F. Ribeaudeau, M.S. Gautier, J. Monnier, N. Lalanne, E. Mahé

-VITILIGO : LA PRISE EN CHARGE A L'ÈRE DES INNOVATIONS.

Orateur(s) : J. Seneschal, T. Passeron, K. Ezzedine

-DE LA FORÊT JUSQU'AU DERMATOLOGUE : LE PÉRIPLÉ DES ZONOSSES.

Orateur(s) : F. Brunet Possenti, Q. Le Hingrat, N. Kapel

-ACTUALITÉS EN ALLERGIE DE CONTACT

Orateur(s) : A. Soria

-ACTUALITÉS DANS LES MALFORMATIONS VASCULAIRES : APPROCHE THÉRANOSTIQUE

Orateur(s) : A. Domp martin

-SYMPOSIUM SATELLITE BIODERMA - NAOS - LE FARDEAU DE LA ROSACÉE : QUELLES AVANCÉES POUR VOS PATIENTS ?

Orateurs : Bernard Cribier, Florence Corgibet, Elodie Valin

-TCC, MÉDITATION PLEINE CONSCIENCE, HYPNOSE ET DERMATOLOGIE, UN ACCOMPAGNEMENT DU FARDEAU DE LA MALADIE.

Orateur(s) : S. Pariente, V. Bonnet, E. Coulibaly, D. Grillault Laroche

-MALADIE DE LYME ET AUTRES MALADIES VECTORIELLES À TIQUES : QUOI DE NEUF EN 2024 ?

Orateur(s) : C. Lenormand, E. Talagrand-Reboul

-DERMATOGÉRIATRIE : NOUVELLES APPROCHES POUR DE NOUVEAUX DÉFIS OU DES CAS CLINIQUES QUI DÉFIENT LE TEMPS !

Orateur(s) : P. Carvalho, S. Meaume, H. Colboc

-SYMPOSIUM SATELLITE LILLY - DÉFAIRE LE NŒUD : SURMONTER LA PELADE

Orateurs : Thierry PASSERON, Julien SENESCHAL, Ziad REGUIAI

-FLASHS POUR LA PRATIQUE 3 - CHEVEUX

Orateur(s) : P. Assouly, B. Matard, A. Souissi, S. Barbarot, A. Kolivras, P. Reygagne

-VIRUS ÉMERGENTS VACCINS DÉDIÉS EN COURS DE DÉVELOPPEMENT

Orateur(s) : B. Lina

-IMMUNOLOGIE & MÉDECINE PERSONNALISÉE EN DERMATOLOGIE

Orateur : M. Gilliet

-DEVENIR ÉCORESPONSABLE : EST-CE UTILE ? COMMENT FAIRE EN PRATIQUE ? COMMENT JE COMMUNIQUE AVEC MES PATIENTS ?

Orateur(s) : A.C. Davaine, M. Bataille, M. Boileau, E. Borne, F. Desruelles, A. Riaux

-DERMATITE ATOPIQUE EN PRATIQUE, QUELS TRAITEMENTS POUR QUELS PATIENTS ?

- Docteur Stéphanie MALLET, dermatologue, Marseille.
- Docteur Caroline JACOBZONE LEVEQUE, dermatologue, Lorient.
- Professeur Anne-Claire BURSZTEJN, dermatologue, Nancy.

-NÉOPHYTES EN LYMPHOCYTES ? BIOTHÉRAPIES ANTI-INFLAMMATOIRES, IMMUNOTHÉRAPIES ANTI-TUMORALES, SI VOUS N'AVEZ PAS ENCORE PRIS LE VIRAGE IMMUNOLOGIQUE EN DERMATOLOGIE.

- Docteur Irène GALLAIS-SEREZAL, dermatologue, Besançon.
- Professeur François AUBIN, dermatologue, Besançon.
- Docteur Charlée NARDIN, dermatologue, Besançon.

-URGENCES DERMATOLOGIQUES.

- Docteur Camille HUA, dermatologue, Créteil.
- Docteur Nancy HAJJAR, dermatologue, Créteil.
- Docteur Rim TANNOUS, dermatologue, Créteil.
- Docteur Patricia TRIFA, dermatologue, Créteil.
- Docteur Audrey MELIN, dermatologue, Créteil.
- Docteur Elsa HASSAN, dermatologue, Créteil

-LES ESSENTIELS DE LA DERMATO-ALLERGOLOGIE DE CONTACT AU CABINET.

- Docteur Antoine BADAoui, dermatologue, Saint Mandé.
- Docteur Justine PASTEUR, dermatologue, Clermont-Ferrand.
- Docteur Nadia RAISON-PEYRON, dermatologue, Montpellier.
- Docteur Florence HACARD, dermatologue, Lyon.
- Docteur Aude CLEMENT, dermatologue, Clermont-Ferrand.
- Docteur Tullia DE RISI PUGLIESE, dermatologue, Paris.

-URTICAIRE : ALLEZ PLUS LOIN

- Professeur Joachim FLUHR, dermatologue, Berlin.

- Professeur Angèle SORIA, dermatologue, Paris.
- Professeur Laurent MISERY, dermatologue, Brest.

-LUMIÈRE SUR LA FEMME ET SON PSORIASIS : IMPACTS ET DIFFÉRENTES ATTEINTES

- Professeur Carle PAUL, dermatologue, Toulouse.
- Professeur Marie BEYLOT-BARRY, dermatologue, Bordeaux.
- Docteur Sandra LY, dermatologue, Bordeaux.
- Docteur Inès ZARAA, dermatologue, Paris.

-LES VULVODYNIES : MIEUX LES COMPRENDRE POUR AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE

- Docteur Fabien PELLETIER, dermatologue, Besançon.
- Docteur Sophie WYLOMANSKI, gynécologue, Paris.
- Madame Alexandra STULZ, psychologue clinicienne, Paris.

-MYTHES ET RÉALITÉS DANS LA PRISE EN CHARGE DES PLAIES.

- Docteur Priscille CARVALHO, dermatologue, Rouen.
- Docteur Sylvie MEAUME, dermatologue, Paris.
- Docteur Hester COLBOC, dermatologue, Paris.

-DERMATOSES DES MAINS : ÉCUEILS ET ASTUCES DIAGNOSTIQUES.

- Docteur Marie-Noëlle CREPY, dermatologue, Paris.
- Docteur Dominique TENNSTEDT, dermatologue, Louvain.
- Professeur Olivier AERTS, dermatologue, Anvers.

-BIOSIMILAIRES EN 2024 : QU'EST-CE QUE LE DERMATOLOGUE DOIT SAVOIR ?

- Docteur Nathalie BENETON, dermatologue, Le Mans.
- Docteur Florence TETART, dermatologue, Rouen.
- Professeur Mathurin FUMERY, gastro-entérologue, Amiens.

-PATHOLOGIES LIÉES AUX PAPILLOMAVIRUS HUMAINS : AMÉLIOREZ VOS CONNAISSANCES ET DÉCOUVREZ LES DERNIÈRES ACTUALITÉS.

- Docteur Florian HERMS, dermatologue, Paris.
- Professeur Antoine BERTOLOTTI, dermatologue, Saint Pierre de la Réunion.
- Professeur Haitham MIRGHANI, ORL, Paris.

-LE GRIDIST PRÉSENTE : ACTUALITÉS DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES.

- Docteur Jonathan KRYGIER, dermatologue, Bruxelles.
- Professeur Antoine BERTOLOTTI, dermatologue, Saint Pierre de la Réunion.
- Docteur Sébastien FOUERE, dermatologue, Paris.
- Docteur Rémi LEFRANÇOIS, Santé Publique France, Île de France.
- Docteur Charles CAZANAVE, infectiologue, Bordeaux.

-DERMATO-PEDIATRIE COURANTE (TROUBLES PIGMENTAIRES, DERMITE DU SIÈGE, ETC.).

- Docteur Olivia BOCCARA, dermatologue, Paris.
- Docteur Thibault PUSZKAREK, généraliste, Locronan.

-DERMATOLOGIE DES PERSONNES ÂGÉES.

Docteur Juliette DELAUNAY, dermatologue, Angers.

Docteur Gabrielle LISEMBARD, généraliste, Dunkerque.

-PATHOLOGIES LIÉES AUX INSECTES.

Docteur Romain SALLE, dermatologue, Boulogne-Billancourt.

Docteur Marc BAYEN, généraliste, Guesnain.

-UTILISATION PRATIQUE DE CHRONORECO (ALGORITHME THÉRAPEUTIQUE EN DERMATOLOGIE).

Professeur Sébastien BARBAROT, dermatologue, Nantes.

-RECOMMANDATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DERMATITE ATOPIQUE.

Docteur Nina SIGG, dermatologue, Angers.

- Réponses Quizz

LES CHIFFRES DU CONGRÈS

27

C'est le nombre de biothérapies administrables en sous-cutané qu'il est possible de prescrire en primo-prescription en ville depuis cette année. C'est une révolution car ces médicaments ont complètement bouleversé la médecine et les traitements plus classiques. Ces médicaments ont une très bonne efficacité dans un très grand nombre de maladies de plusieurs spécialités médicales, avec globalement une bonne tolérance. Ils améliorent considérablement la maladie, mais surtout la qualité de vie des malades qui en souffrent.

10 ans !

C'est la médiane de survie dans le mélanome métastatique.
Elle était de 6 mois en 2015

2 ANS !

C'est la durée de vie maximale d'une punaise de lit sans nourriture.



ARTICLE 1 - MALTRAITANCE DE L'ENFANT : RECONNAÎTRE LES SIGNES CUTANÉS ET CONDUITE A TENIR.

Orateurs : H. Dufresne, S. Hadj-Rabia, J. Bonigen

Article rédigé par le Dr Laure BELLANGE – Allergologue.

Intro

Un enfant meurt tous les cinq jours de maltraitance en France. Celle-ci dépasse la notion de violence physique ou sexuelle. Elle englobe tous les actes qui entraînent des perturbations majeures dans la vie d'un enfant ou qui l'entravent dans son développement physique, psychique ou sexuel. Aucune forme de maltraitance sur un enfant n'est anodine. La maltraitance impacte la santé globale de l'enfant. Il est impératif de détecter tôt les symptômes, car les conséquences sont rapides et importantes.

Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)

Les chiffres sont en constante augmentation depuis la pandémie du covid, en lien avec une hausse des violences intrafamiliales et des changements de mode de vie.

Les auteurs de violence sont majoritairement des adultes, mais cela peut aussi être des adolescents ou des enfants. Dans 95 % des cas, la famille proche est impliquée. Les mères sont plus auteur que les pères, contrairement à ce qu'on pourrait penser.

La protection de l'enfance est l'affaire de tous. Nous avons l'obligation légale de signaler. L'article 44 du Code de déontologie médicale insiste sur ce rôle de protection de l'enfance. Dans ce cadre, on peut révéler le secret professionnel. Il faut tout de même prendre des précautions dans la forme des écrits des certificats médicaux et signalements. Il ne faut pas hésiter à demander de l'aide à des personnes compétentes (UAPED, CRIP, assistante sociale etc.). Il faut reporter des faits objectifs, factuels, sans jugement de valeur, sans accuser une ou des personnes. Il faut utiliser des guillemets pour rapporter les propos des parents et de l'enfant. Il faut favoriser l'utilisation du conditionnel. Tout propos rapporté nécessite l'accord direct du partenaire concerné. 2 % seulement des signalements viennent du corps médical.

Les signes d'alerte sont les traces de coup, les fractures d'enfant de moins d'un an, une ecchymose avant 9 mois, une augmentation brutale du PC, une énurésie/encoprésie/aspect négligé, un retard staturo-pondéral, une intoxication médicamenteuse avant l'âge de 9 mois. Sur les signes psychiques, on doit repérer des troubles variés du comportement, un enfant paraissant soumis au secret, une quête affective systématique ou une crainte de l'adulte, des fugues ou prises de risque répétées, des désordres alimentaires, des difficultés scolaires. Il faut toujours déshabiller l'enfant en entier en consultation et toujours regarder et remplir le carnet de santé.

Les signes dermatologiques sont présents chez 90 % des enfants. 50 % des enfants souffrant de maltraitance répétée rentrent chez eux avec une erreur diagnostique. La manifestation la plus fréquente est l'ecchymose. On peut voir aussi des cicatrices, des brûlures, des morsures, des troubles des phanères, des signes de négligence. Une ecchymose chez l'enfant de moins de 4 mois est une maltraitance jusqu'à preuve du contraire. Jusqu'à 9 mois et l'absence de mobilisation de l'enfant, il faut y penser prioritairement aussi. Certaines localisations sont plus évocatrices comme les parties

couvertes et la région céphalique (oreille, cou, joues) et la région abdominale car une ecchymose sur cette partie témoigne d'un coup très violent. Il ne faudra pas hésiter à faire une échographie. Concernant les brûlures, un retard de plus de deux heures entre la brûlure et la consultation est un signe d'alerte. On peut observer des atteintes de la muqueuse buccale, avec ecchymoses, brûlures, érosions rupture de frein lingual ou labial, fracture dentaire.

Concernant les condylomes, la transmission ne se fait pas que par voie sexuelle. Elle peut se faire de manière verticale lors de la conception, la grossesse ou l'accouchement, de manière verticale par contact direct, et de manière indirecte via le linge de toilette. Il y a souvent un portage intrafamilial de l'HPV sans sévices. Dans la littérature, les sévices sont en cause entre 0,01 % et 18 % selon les séries. Les signes devant alerter sur de la maltraitance sont l'âge de l'enfant (plus fréquent après 4 ans), la localisation (atteinte génitale).

Messages clés

- Toutes les catégories socio-professionnelles sont malheureusement touchées par la maltraitance.
- Un retard de prise en charge doit alerter.
- Il faut examiner l'enfant entièrement.
- Il ne faut pas hésiter à demander de l'aide pour la rédaction d'un certificat et la démarche du signalement si on a un doute.

Questions de formation

Rechercher la bonne réponse

Peut-on écrire dans notre certificat la phrase suivante : « Vu le nombre d'heures passées devant les écrans de l'enfant, sa mère ne doit pas beaucoup s'en occuper. » ?

- a) Oui
- b) Non

Quel signe peut orienter vers une brûlure volontaire ?

- a) Un respect des plis
- b) Une brûlure du visage
- c) Plusieurs brûlures



ARTICLE 2 - ACTUALITÉS EN PHOTOPROTECTION.

Orateurs : C. Bedane, M.T. Leccia, J.C. Béani

Article rédigé par le Dr Laure BELLANGE – Allergologue.

Intro

Les UVB et UVA entraînent des photosensibilisations, avec les substances chimiques appliquées en topique ou prises par voie orale. La localisation est souvent limitée aux zones irradiées. Ils entraînent aussi les kératoses actiniques, et les cancers cutanés. Il y a 15 000 nouveaux cas de mélanomes par an en France.

Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)

Les UVA représentent 95 % des UV, les UVB seulement 5 %. Les UVB vont dans l'épiderme, surtout dans les heures chaudes de l'été. Les UVA sont présents toute l'année, toute la journée. La lumière bleue est celle émise par les écrans. Elle est responsable de pigmentation dose dépendante, avec des mélasma et pigmentation post inflammatoire, et du photovieillissement.

Les infrarouges représentent 50 % de l'énergie solaire. Ils génèrent un stress oxydatif. Les UVB entraînent de l'érythème solaire. La brûlure dépend de la dose d'UV reçue et du phototype du sujet.

Les UVA sont responsables des photodermatoses, celles aggravées par l'exposition aux UV, et celles déclenchées par l'exposition.

UVA, LV et IR sont aussi responsables du photo-vieillissement.

Les UVA et lumière visibles favorisent le mélasma, en combinaison avec les œstrogènes et les hormones de la thyroïde.

La quantité d'UV nécessaire à la synthèse de vitamine D est très faible, donc la photoprotection n'est pas une cause d'hypovitaminose D. Il faut donc bien se protéger du soleil vu tous les dommages que l'exposition solaire entraîne.

La photoprotection naturelle est indispensable à la vie. Elle passe par la couche cornée et la production de mélanine. Il faut aussi faire de la prévention primaire comme éviter l'exposition aux heures chaudes, préférer les espaces ombragés, sensibiliser les parents à la prise en compte de l'index UV, privilégier la protection physique avec le port de vêtements et lunettes. Les vêtements seront plus ou moins photoprotecteurs selon le maillage, la couleur, le degré de couvrance, l'ajout de substances anti-UV.

Il faudra aussi ajouter la photoprotection par les cosmétiques. Un photoprotecteur est une association de filtres choisie pour augmenter l'étendue et la puissance de la protection, dans un excipient qui conditionne les concentrations maximales en filtres et la substantivité. Les produits actifs sont de deux sortes : les filtres chimiques (ou organiques) qui absorbent les UV, et les filtres minéraux qui réfléchissent les UV. Pour augmenter la protection, beaucoup d'industriels ajoutent des antioxydants, et d'oxydes de fer, mais il y a peu d'effet en pratique.

L'étude SUVIMAX a étudié l'impact des cures d'antioxydants. La supplémentation réduit significativement les décès chez les hommes dans les cancers, mais pas chez les femmes. L'incidence des cancers est aussi significativement diminuée dans le groupe supplémentation, chez les hommes. Chez les femmes au contraire, cela augmente l'incidence. Les antioxydants agissent en boucle. Ils sont surtout amenés par les apports

alimentaires. S'ils sont donnés en haute dose, il y a un effet pro oxydant, et suppression de l'apoptose et augmentation des cancers. Il faut donc faire attention au terrain et à la posologie, et ne jamais les donner au long cours. Tout excès est nuisible. Aujourd'hui, la seule molécule qui a montré une efficacité dans la prévention de lésion précancéreuse est le nicotinamide, vitamine PP, dans une étude phase 3.

De nombreuses études sont en cours sur le microbiome et la photoprotection, avec un rôle sur la barrière cutanée, un rôle sur l'immunité adaptative, un rôle anti-inflammatoire, et un rôle sur les UV.

Messages clés

- Malgré les effets néfastes sur l'environnement, et les effets secondaires sur l'Homme, la photoprotection est indispensable.
- La photoprotection mécanique et primaire est primordiale.
- Il existe différents UV, ayant une action différente sur la peau. Les solaires doivent donc avoir des champs d'action larges.
- Les cures d'antioxydants ne sont pas à proposer systématiquement.

Questions de formation

Que penser de la présence d'alcool dans certains solaires ?

- a) C'est bien car ils vont assécher la peau qui a tendance à devenir plus grasse avec le soleil.
- b) Ils augmentent la pénétration des actifs dans la peau, alors que les filtres doivent rester en surface pour être efficaces.
- c) Ils n'ont pas d'action particulière dans le cosmétique.

Peut-on conseiller au patient de mettre de l'autobronzant avant l'exposition solaire ?

- a) oui, sa peau sera déjà pigmentée donc moins sensible aux rayons.
- b) Non, les autobronzants ne protègent pas du soleil, et ne permettent pas la fabrication de mélatonine.



ARTICLE 3 - SYMPOSIUM SATELLITE NOVARTIS - PEUT-ON CHANGER L'HISTOIRE NATURELLE DES DERMATOSES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES ? DE LA THÉORIE A LA VRAIE VIE.

Orateur(s) : P.A. Bécherel, N. Quiles-Tsimaratos, D. Jullien

Article rédigé par le Dr Laure BELLANGE – Allergologue.

Intro

Novartis a l'innovation dans son ADN. 17 essais cliniques sont en cours en France cette année, avec 13 maladies à l'étude. 16 molécules sont en développement en immunologie. Le symposium porte sur le Sécukinumab, avec 8 indications ayant l'AMM, dont le rhumatisme psoriasique, la spondylarthrite ankylosante et l'arthrite juvénile.

Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)

En dermatologie, le psoriasis et la maladie de Verneuil sont les cibles du traitement. In vivo, la fonction des IL17 est multiple. Il y a des voies de transcription de gènes pro inflammatoires, il y a des voies post transcriptomiques, il y a des voies non canoniques activées par la cytokine IL17A avec effet pro inflammatoire. Il y a une intrication entre la voie IL17A et la voie EGF.

La physiopathologie de la maladie de Verneuil a deux grands paradigmes : l'occlusion folliculaire et l'auto-inflammation. Les deux entraînent la formation de tunnels, qui quand ils sont présents aggravent la maladie. L'IL17 est très présente dans ces tunnels. Quand on utilise un inhibiteur de l'IL17, on aura une diminution de ces tunnels, de leur épaisseur, de leur diamètre, et de leur inflammation. Comme IL17 est en lien avec EGF, cela peut expliquer la prédisposition au développement de cancers.

Dans le psoriasis, on sait qu'on a une fenêtre d'opportunité dans le traitement, afin d'éviter l'extension de la maladie. En bloquant l'IL 17, on va éviter la mise en place de la mémoire inflammatoire. Chez les patients traités rapidement, leur profil de méthylation génétique est ramené à la norme. En traitant tôt le patient, il aura une réponse anti-inflammatoire plus rapide, et pourra revenir en état pré malade. Il se passe la même chose avec l'IL23. Plus on traite tôt, plus on est efficace et plus on évite la chronicité et les complications. Traiter tôt permet aussi de diminuer le risque cardiovasculaire. Psoriasis et athérosclérose ont des physiopathologies communes. Le risque de maladie vasculaire est 2,2 fois plus élevé chez les patients atteints de psoriasis que dans la population générale. Ce sont surtout des patients jeunes, avec psoriasis sévère non traité, qui font ces accidents.

Messages clés

- Plus on prend en charge tôt ces maladies, moins il y a des risques de complications et plus le traitement est efficace.
- La prise en charge des facteurs de risques cardiovasculaires est toujours d'actualité dans le psoriasis.
- On peut utiliser le Sécukinumab dès l'âge de 6 ans dans le psoriasis en plaque.

Questions de formation

Quelle est la contre-indication du Sécukinumab ?

- a) Une infection active et cliniquement importante.
- b) La présence de symptômes rhumatologiques associés au psoriasis.
- c) Une résistance aux autres traitements du psoriasis.

Quelle est la pathologie souvent associée à la maladie de Verneuil ?

- a) La folliculite décalvante.
- b) Le lupus.
- c) La maladie de Crohn.



ARTICLE 4 - TÉLÉDERMATOLOGIE : QUELLES NOUVELLES ORGANISATIONS ? QUELLES INNOVATIONS ? QUELLES PERSPECTIVES ?

Orateur(s) : M. Bataille, F. Ribeau, M.S. Gautier, J. Monnier, N. Lalanne, E. Mahé

Article rédigé par le Dr Laure BELLANGE – Allergologue.

Intro

Vu la démographie médicale actuelle d'une part, et l'augmentation et vieillissement de la population d'autre part, la télédermatologie devient incontournable. En Île de France, il y a eu 2 487 demandes au réseau de téléexpertise d'oncodermatologie depuis 2018. Cela a évité 40 % de consultations en présentiel. Il y a aussi un réseau pour les dermatoses inflammatoires chroniques. Il y a aussi de la téléRCP, permettant la prise en charge des cancers selon les dernières recommandations, et permettant l'introduction des biothérapies.

Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)

Au-delà des téléconsultations et téléexpertises, il y a maintenant l'intelligence artificielle qui est en plein essor. Comment bien l'utiliser pour la prise en charge des cancers cutanés ? L'IA est présente depuis une vingtaine d'années. La dermoscopie a permis de mettre en place une base de données très large. L'international Skin Imaging Collaboration 2019 a collecté 12 000 images. Les performances de l'IA sont meilleures que l'œil du dermatologue dans les études. Mais l'IA ne va pas remplacer les médecins. Elle va les aider. Pour alimenter correctement la base de données, il faut une image « propre ». Les poils et les tatouages sont considérés comme des artefacts de la photographie. L'IA ne réfléchit pas, elle fait juste une synthèse de toutes les informations qu'on lui a données. Elle n'a pas notre analyse et notre esprit critique. Il y a la problématique des lésions de l'ensemble du corps, avec les phototypes différents. L'IA n'a pas le patient dans sa globalité en face d'elle. Il faut la coupler non seulement aux images dermoscopiques mais aussi aux cartographies corporelles totales. Des appareils comme le Photofinder® peuvent aider dans les diagnostics, avec l'analyse de l'évolution des lésions du patient.

À Marseille, il y a un centre de dépistage automatisé du mélanome. Un appareil permet la cartographie 3d de toute la peau du patient. Il y a une représentation de tous les nævi du patient. L'appareil fait de la pseudo-dermoscopie, et permet de comparer les lésions au fil du temps.

L'IA peut faire des erreurs. Elle peut donner des alertes, mais il faut l'œil expert du dermatologue afin de voir le contexte et la lésion « en vrai ». À l'inverse, elle permet aussi parfois de détecter précocement des lésions qu'on n'aurait pas vues avec notre dermoscope. Des machines comme Dermavision® permettent de screener toute la peau du patient. Mais ces machines sont très chères. Dermap® est une application sur smartphone qui permet de cartographier les lésions. Elle est gratuite, mais reste à améliorer. Pour le moment, il faut garder ces techniques pour les patients à risque, il est compliqué de les étendre à tous les patients.

Un des problèmes qui persiste est la responsabilité des industriels. Si la machine détecte les lésions et fait le diagnostic, elle devient responsable. Et si elle loupe une lésion et entraîne un retard diagnostique, qu'en est-il ? Pour le moment, les industriels veulent se dédouaner de toute responsabilité. Le dermatologue reste responsable face au patient et à

la prise en charge, même s'il n'a pas réellement examiné le patient, mais examiné via l'appareil. Il y a un vide juridique pour le moment. Plein de questions se poseront à l'avenir sur le sujet.

Messages clés

- Devant la démographie médicale en baisse et le nombre de patients en augmentation, il faut trouver de nouvelles solutions pour l'accès au soin.
- Les outils de téléconsultation et téléexpertises raccourcissent les délais de prise en charge.
- L'intelligence artificielle devient incontournable. Plutôt que de la diaboliser, il faut se l'approprier pour qu'elle nous aide.

Questions de formation

Combien de téléexpertises puis-je faire par patient par an ?

- a) 3
- b) 4
- c) 5

Quel type de consultation est exclu de la téléconsultation ?

- a) L'avis ponctuel de consultant
- b) Le suivi post-examen complémentaire
- c) La consultation de personne mineure



ARTICLE 5 - VITILIGO : LA PRISE EN CHARGE A L'ÈRE DES INNOVATIONS.

Orateur(s) : J. Seneschal, T. Passeron, K. Ezzedine

Article rédigé par le Dr Laure BELLANGE – Allergologue.

Intro

Le vitiligo entraîne des comorbidités très importantes, notamment psychiatriques, avec de la dépression et de l'anxiété, et une faible estime de soi. Dans les maladies dermatologiques, les études ont montré que le vitiligo est la maladie qui entraîne le plus de stigmatisations.

Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)

Le dermatologue doit donc aller au-delà de la peau dans son diagnostic. Il existe des scores pour évaluer l'état psychique du patient (PUSH-D).

L'important dans le traitement du vitiligo est de prendre le temps pour évaluer les objectifs du patient. Il faut RECONNAÎTRE l'importance de la maladie, et informer le patient d'un potentiel soutien psychologique si cela semble nécessaire. Il faut apporter une information claire.

Certains médicaments ne sont pas disponibles en France malheureusement.

Il faut repérer les formes actives de vitiligo, qui empêchent la prise de certains traitements, notamment le ruxolitinib. Cette molécule est utilisable depuis le début de l'année en accès direct. Pour ce traitement, il faut bien informer le patient que le traitement sera long, sur plusieurs mois. Les résultats sont plus rapides sur le visage que sur le corps. Globalement, la tolérance est très bonne. On observe des réactions acnéiformes.

En pratique, l'ordonnance est assez simple. La prescription est réservée aux dermatologues. Il faut une atteinte du visage, et une atteinte de 10 % maximum de la surface corporelle. La posologie est une application matin et soir en couche fine. Il ne faut pas laver la peau traitée pendant au moins deux heures, respecter un intervalle d'au moins deux heures avant d'appliquer d'autres médicaments, écran solaire ou autres cosmétiques. En pratique, on peut réduire ces durées à 30-40 minutes. Il faut bien se laver les mains après application, sauf si les mains sont atteintes.

Si le patient a plus que 10 % de la surface corporelle atteinte, il faut prioriser la zone à traiter. Il faut bien demander au patient quelles sont ses attentes.

Il faut connaître les causes d'échec du traitement et bien informer les patients. Il faut bien leur signaler que la demi-vie du médicament est courte et il est important d'appliquer le traitement deux fois par jour. Il faut vraiment éliminer un vitiligo actif avant de mettre en place le traitement. Si on a un doute, il ne faut pas hésiter à utiliser la lumière de wood. La lumière violette est aussi un moyen de vérifier l'observance. En effet, la crème flashe à la lumière.

On a un maintien thérapeutique dans la majorité des cas. Plus le traitement est long, plus l'efficacité perdure après le traitement. On sait que plus le traitement va être efficace rapidement, plus le maintien thérapeutique sera long.

Aujourd'hui, le gold standard du traitement est la combinaison de traitements. Il faut associer le tacrolimus au ruxolitinib. Concernant les traitements systémiques, l'association

UVB et mini pulse de cortisone est bien étudiée. Très bientôt seront disponibles les JAKi systémiques, ritlecitinib, en phase 2b pour le moment.

Messages clés

- Le vitiligo est une maladie très stigmatisante pour le patient.
- Il faut bien attendre que la maladie ne soit plus active avant d'utiliser les JAKi.
- Il faut combiner les traitements afin d'obtenir une meilleure efficacité.
- Cette maladie peut être associée à d'autres maladies auto-immunes.
- La prise en charge doit répondre aux attentes du patient.

Questions de formation

À partir de quel âge peut-on utiliser le ruxolitinib ?

- a- 6 ans
- b- 12 ans
- c- 18 ans

Ce traitement topique est le traitement de première intention dans quelle forme de vitiligo ?

- a- Vitiligo segmentaire
- b- Vitiligo non segmentaire



ARTICLE 6 - DE LA FORÊT JUSQU'AU DERMATOLOGUE : LE PÉRIPLÉ DES ZONOSSES.

Orateur(s) : F. Brunet Possenti, Q. Le Hingrat, N. Kapel

Article rédigé par le Dr Laure BELLANGE – Allergologue.

Intro

Le concept One Health vise à faire le lien entre la santé environnementale, la santé humaine et la santé animale. C'est une approche qui se concentre principalement sur les zoonoses. Leur émergence est en lien avec les changements globaux, la résistance aux antimicrobiens, et la sécurité sanitaire des aliments.

Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)

La bonne santé de l'Homme ne s'envisage que si la santé des animaux et de l'environnement va bien. Cela nécessite une approche multidisciplinaire. L'approche curative est dépassée.

Une zoonose est une maladie infectieuse qui se transmet de l'animal à l'Homme et vice versa. L'origine est virale dans la majorité des cas, mais elle peut être aussi parasitaire, bactérienne, fongique et par les prions. Au XXI^e siècle, 75 % des agents infectieux nouveaux ou ré-émergents sont d'origine zoonotique, avec le plus souvent des réservoirs vertébrés. Plus de 70 % des réservoirs sont des animaux sauvages. Dans les zoonoses, il y a les notions de réservoirs, hôtes intermédiaires, vecteurs arthropodes.

Pourquoi la chauve-souris est-elle importante dans les zoonoses ? On la retrouve sur l'ensemble du globe sauf l'Antarctique. C'est le seul mammifère qui a un vol actif. C'est un animal très robuste qui sait s'adapter très rapidement à de nouveaux habitats. Elle peut faire de longs trajets donc elle déverse ses déjections sur de longues distances. Malgré le risque de transmission de pathogènes, c'est un animal très important dans la biosphère. C'est excellent pollinisateur, engrais naturel et insectivore.

La différence entre épidémie et pandémie dépend de la transmission interhumaine. Toutes les activités humaines non contrôlées favorisent les zoonoses : déforestation, commerce mal réglementé, échanges internationaux, élevage intensif, résistance aux agents microbiens...

Prenons l'exemple d'Ebola. Le réservoir est la chauve-souris. L'espèce intermédiaire est les grands singes. La voie de transmission est la déforestation et le commerce de viande de brousse. Les rites funéraires favorisent aussi la transmission interhumaine. La contagiosité interhumaine est modérée mais elle entraîne une fièvre hémorragique. Il n'y a pas de vaccin pour toutes les souches, il n'y a pas de traitement antiviral. La létalité varie entre 30 à 90 %.

Le changement climatique est un booster de zoonoses. Les hivers doux permettent la résistance des larves de moustiques. Actuellement, le moustique tigre est ubiquitaire en métropole. Il est important d'intégrer ces données pour adapter notre interrogatoire et notre prise en charge. Avant, on posait la question des voyages pour nous orienter dans le diagnostic. Maintenant, il y a des cas autochtones de chikungunya, de dengue, de fièvre du Nil occidental.

Il y a aussi un rôle de notre alimentation. Par exemple, la consommation de viande bovine en excès favorise l'agriculture en Amérique du Sud. Cela entraîne une déforestation, une

consommation d'eau énorme (*10 par rapport aux céréales), des antibiorésistances, des gaz à effet de serre.

Il faut avoir en tête la notion de co-bénéfices : je soigne mon environnement, je préserve ma santé.

Messages clés

- Préserver notre environnement est majeur pour préserver notre santé.
- La mondialisation favorise la transmission des maladies.
- La majorité des zoonoses sont d'origine virale.
- Il y a des cas endémiques de pathologies qu'on considérerait avant comme exotique, donc on doit y penser lors de notre démarche diagnostique.

Questions de formation

Quelle est la particularité de la dengue ?

- a- Les symptômes sévères arrivent souvent après disparition de la fièvre.
- b- Plus on se fait piquer moins on risque d'être infecté
- c- La dengue n'a aucune conséquence sur la grossesse

Quel est le risque avec le virus du Nil occidental ?

- a- Qu'on ait une forme asymptomatique avec risque de transmission accrue à l'entourage.
- b- Développement d'atteintes neurologiques graves.
- c- Développement de défaillances multiviscérales.



ARTICLE 7 - ACTUALITÉS EN ALLERGIE DE CONTACT

Orateur(s) : A. Soria

Article rédigé par le Dr Laure BELLANGE – Allergologue.

Intro

Les allergènes les plus fréquents sont toujours d'actualité : les métaux, les parfums, les isothiazolinones. Pour ces derniers, les cas d'eczéma de contact sont en diminution car la législation des cosmétiques a changé au niveau européen. Ils sont maintenant interdits en cosmétiques posés.

Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)

On peut seulement les utiliser dans les cosmétiques rincés, dans des quantités très minimes. En dehors des cosmétiques, les isothiazolinones sont toujours présentes par contre. Il y a de nouvelles sources d'exposition comme les produits ménagers et dans les produits d'entretien et de conservation du cuir. Les isothiazolinones croisent entre eux donc c'est vraiment problématique.

Il y a aussi de nouveaux allergènes, qui étaient avant des allergènes professionnels mais qui se retrouvent dans le grand public actuellement. C'est le cas des huiles essentielles ou des huiles végétales. Les réactions peuvent être assez sévères. Il faut penser à les chercher à l'interrogatoire, car le patient n'évoquera pas toujours l'utilisation. En effet, il pense que c'est naturel, donc pas nocif pour la santé.

Parmi les nouveaux allergènes, il faut aussi évoquer les acrylates. Ce sont des produits intéressants car liquides en monomères, puis durcissent en polymérisant. Ils sont donc utilisés fréquemment car très malléables. Ils sont sensibilisants sous forme de monomère. C'était une allergie connue chez les prothésistes dentaires. Mais maintenant on a des sensibilisations dans la population générale. Depuis l'essor des ongleries, on a de plus en plus de cas d'allergies professionnelles pour les esthéticiennes et non professionnelles pour les clients. Les acrylates présents dans les cosmétiques sont les méthacrylates. Ce sont la première cause d'eczéma de contact aux acrylates. On retrouve aussi des acrylates dans les dispositifs médicaux du diabète, avec l'isobornyl acrylate. Il y a eu une épidémie ces dernières années. C'est un eczéma qui survient de nombreux mois après le début du traitement. Il y a aussi des cyanoacrylates dans les colles chirurgicales. Ce sont des patients qui se sensibilisent de manière active. Ils feront l'eczéma de contact une dizaine de jours après application de la colle, plus rapidement si sensibilisation antérieure. Un cas systémique a été décrit après application de colle chirurgicale. La plupart du temps, les acrylates ne croisent pas entre eux.

Les résines epoxy « récréatives » posent aussi problème. C'est un allergène professionnel bien connu. Mais de plus en plus de gens font des arts manuels à la maison, en achetant des produits sur internet, mal réglementés et sans indication de protection.

L'allergie aux dermocorticoïdes est aussi à connaître. Il y a des réactions croisées entre les différentes molécules. Cela pose problème car c'est le traitement utilisé dans l'eczéma.

L'allergie peut donc entretenir voire aggraver les lésions.

L'eczéma des paupières est en grande augmentation du fait du vieillissement de la population, et de l'utilisation de collyres. Il y a surtout des allergies aux antibiotiques et aux corticoïdes. Il y a une atteinte de la paupière, mais aussi la conjonctivite et de la peau du haut des joues. Les conservateurs ne posent plus vraiment problème car il y a de plus en

plus de traitements monodoses. L'exploration allergologique est assez facile, en faisant un ROAT. Si au bout de 10 jours il n'y a pas de lésion d'eczéma, c'est qu'il n'y a pas d'allergie. La batterie standard européenne a été actualisée en 2023, pour être au plus près de ce qu'on observe en clinique.

Enfin, deux grandes études ont montré qu'il y a des biomarqueurs différents selon que l'eczéma soit allergique ou irritant. Cela peut être une bonne aide au diagnostic.

Messages clés

- Tous les ans, de nouveaux allergènes émergent.
- De plus en plus d'allergènes connus dans le monde professionnel se retrouvent maintenant dans le grand public.
- Il faut un interrogatoire minutieux car les patients ne vont pas forcément évoquer d'eux-mêmes leurs activités allergisantes.

Questions de formation

Quel est le mécanisme d'un eczéma des paupières ?

- a- Contact direct avec l'allergène
- b- Contact direct mais aussi souvent indirect par manuportage ou aéroportage

Dans quel cas la pose de patchs tests est inutile ?

- a- Si le patient souffre de multiples allergies
- b- Si le patient est sous immunosuppresseur à haute dose
- c- Si on ne dispose pas de traitement curatif



ARTICLE 8 - ACTUALITÉS DANS LES MALFORMATIONS VASCULAIRES : APPROCHE THÉRANOSTIQUE

Orateur(s) : A. Domp martin

Article rédigé par le Dr Laure BELLANGE – Allergologue.

Intro

Les anomalies vasculaires sont un groupe de maladies très hétérogène. La classification a été réactualisée en 2024. Elles sont globalement de deux groupes : les tumeurs vasculaires et les malformations vasculaires.

Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)

Les malformations sont souvent sporadiques, uniques et larges. Certaines sont héréditaires, autosomiques dominantes. Il y a un polymorphisme clinique, du fait d'une hérédité paradominante.

Le syndrome BRBN a deux mutations somatiques sur le même allèle. Toutes les lésions ont la même mutation. Les lésions se multiplient au cours de la vie.

Un diagnostic précis du type d'anomalie vasculaire est essentiel, fondé sur l'examen clinique en premier lieu. En biopsiant toutes les malformations vasculaires, veineuses et lymphatiques, on a découvert qu'il y a parfois activation de voies de prolifération, et parfois de voies pro-apoptotiques.

La prise en charge de ces malformations a toujours été pluridisciplinaire, pour faire un diagnostic précis, et une prise en charge optimale. Le bilan peut comporter une échographie avec doppler, IRM et artériographie. Le traitement peut être médical ou interventionnel. Il y a des traitements communs avec l'oncologie, comme la rapamycine, l'alpelisib, le trametinib, le thalidomide.

La découverte des anomalies génétiques en cause dans les malformations a permis de mieux comprendre leur physiopathologie. Cela a ouvert la voie vers des traitements ciblés. Malgré le grand espoir de ces traitements, il persiste quand même des interrogations : à qui proposer ces traitements ? Sous quel protocole ? Avec traitement adjuvant ou non ? Quid des effets secondaires sur le long terme ? Il faut continuer les protocoles thérapeutiques. Ils sont indispensables pour évaluer l'efficacité de ces molécules hors AMM chez des sujets jeunes.

Messages clés

- Il faut différencier tumeur et malformation vasculaire.
- Il existe de nombreuses sous classes de malformations.
- Il faut adresser le patient à un praticien qui a l'habitude, afin d'optimiser la prise en charge.

Questions de formation

Qu'évoquer devant une malformation vasculaire de la face ?

- a- La maladie de Rendu Osler
- b- Le syndrome de Klippel Trenaunay

c- Le syndrome de Sturge Weber

Quel traitement n'est pas proposé dans les malformations vasculaires ?

a- Le laser

b- La chimiothérapie

c- Les anticoagulants



ARTICLE 9 – SYMPOSIUM SATELLITE BIODERMA - NAOS - LE FARDEAU DE LA ROSACÉE : QUELLES AVANCÉES POUR VOS PATIENTS ?

Orateurs : Bernard Cribier, Florence Corgibet, Elodie Valin

Article rédigé par le Dr Laure BELLANGE – Allergologue.

Intro

La physiopathologie de la rosacée est multifactorielle. L'origine de la maladie est la neuro-inflammation, avec peau sensible, picotements, brûlures et douleurs. Il y a une sous-classe de rosacée, qu'on appelle neurogénique, sévère et invalidante. Habituellement, la rosacée est plutôt au centre du visage. Dans la forme neurogénique, les flushs sont surtout périphériques. Ces rosacées ne répondent pas aux traitements classiques.

Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)

Il y a plus de dépression et d'anxiété dans la rosacée que dans la population générale, avec une association bidirectionnelle. Les antidépresseurs sont donc des traitements qu'on peut utiliser dans les deux maladies. Cela confirme bien le lien entre système nerveux central et la peau.

Il y a aussi des anomalies vasculaires, et on sait qu'il y a aussi une association bidirectionnelle rosacée et migraine. Les nouveaux médicaments de la migraine sont efficaces dans la rosacée. Cela diminue le nombre et la sévérité des flushs.

Pour les bouffées vasomotrices, aucun traitement n'a l'AMM. Les bêtabloquants et la toxine botulique sont efficaces. On peut aussi traiter par laser.

Il y a plusieurs facteurs déclenchants et aggravants de la maladie. Concernant les règles hygiéno-diététiques, on sait que l'alcool aggrave les lésions. Les hormones ont aussi un rôle. Avoir un stérilet hormonal à la progestérone aggrave la rosacée. La pollution aggrave aussi les lésions. Il y a bien sûr un rôle du microbiome. S. epidermidis a un effet protecteur. Les IL17 ont été étudiés, mais les effets sont limités. Il y a aussi quelques cas rapportés d'amélioration sous JAKi, surtout pour la rosacée stéroïdienne. Les fibroblastes activés dans le derme aggravent aussi les lésions.

La dermatose mixte de la face est un syndrome de chevauchement dermite séborrhéique-rosacée. Les traitements ne sont pas toujours simples, car traiter l'un peut aggraver l'autre. Il y a souvent une mauvaise tolérance des topiques. Il faut adapter le traitement en fonction de l'atteinte prédominante et des attentes du patient. Les cyclines sont efficaces mais ont une action suspensive. Plusieurs cas issus de l'expérience soutiennent l'efficacité de l'isotrétinoïne à faible dose.

Pour rappel, l'écobiologie est le résultat de la science de l'écosystème et la science de l'écologie. NAOS va utiliser des ingrédients biomimétiques et respecter l'écosystème cutané, afin d'agir sur les mécanismes naturels et sur les causes de la pathologie, avant même l'apparition des signes visibles. Le laboratoire favorise des ingrédients polyfonctionnels et des ingrédients actifs purs, utilisés à juste dose. Parmi les 30 000 ingrédients disponibles en cosmétiques, Bioderma n'en utilise que 650.

Dans la rosacée, deux grandes voies sont perturbées, avec une sur activation des fibres nerveuses, et une altération de la barrière cutanée. Il y a aussi un dérèglement de l'immunité innée. Cela entraîne la vasodilatation excessive et l'angiogenèse. Bioderma a

breveté une formule qui a une action sur l'angiogenèse, avec des polysaccharides apaisants et la créatinine qui est neuro-apaisante. Créaline AR+ crème réduit les rougeurs et les vaisseaux sanguins visibles. Elle apaise les sensations d'inconfort, renforce la fonction barrière de la peau et hydrate pendant 24 heures. Les études ont montré des améliorations significatives des scores de la rosacée, une diminution de l'intensité de l'érythème et des télangiectasies, une amélioration des flushs et des sensations d'inconfort avec l'utilisation de la crème.

Messages clés

La rosacée est une maladie affichante.

Il peut y avoir une association avec d'autres dermatoses comme la dermatite séborrhéique.

Traiter tôt évite les complications.

Questions de formation

Quels sont les risques d'aggravation de la rosacée ?

- a- Le rhinophyma et pyoderma facial
- b- Une atteinte à l'ensemble du corps
- c- Une atteinte articulaire comme pour le psoriasis

Quel est le traitement de la rosacée oculaire ?

- a- Antibiotiques systémiques ou par collyres
- b- Traitement laser
- c- Traitement par peroxyde de benzoyle et tretinoïne



ARTICLE 10 - TCC, MÉDITATION PLEINE CONSCIENCE, HYPNOSE ET DERMATOLOGIE, UN ACCOMPAGNEMENT DU FARDEAU DE LA MALADIE.

Orateur(s) : S. Pariente, V. Bonnet, E. Coulibaly, D. Grillault Laroche

Article rédigé par le Dr Laure BELLANGE – Allergologue.

Intro

Les thérapies cognitivo-comportementales sont des thérapies brèves et actives qui appliquent les principes de la psychologie scientifique à la résolution des problèmes psychopathologiques. Elles reposent sur des principes issus des théories de l'apprentissage, de la psychologie cognitive et des neurosciences.

Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)

Ce sont des techniques utilisées depuis très longtemps. Dans l'Antiquité, Hippocrate utilisait l'exposition pour les phobies. Il y a des enseignements très anciens sur le contrôle volontaire des comportements.

L'accent est mis sur les causes actuelles du comportement à problème. L'efficacité est avérée dans les troubles anxieux et dans les troubles de l'humeur. Pour la prise en charge des psychoses, c'est plus controversé. Pour les troubles anxieux, la TCC agit au moyen de mises en situation et d'expositions graduées aux situations provoquant une anxiété. En même temps, le patient apprend à contrôler les manifestations physiologiques de la peur avec des exercices.

En dermatologie, il y a le fardeau des maladies inflammatoires chroniques, avec la composante somatique et la composante souffrance. Les méthodes de TCC et méditation vont accompagner le traitement habituel de la maladie. Le stress a une action immédiate sur le patient. Il a aussi des effets plus retardés et génomiques, donc avec une transmission à notre descendance.

On peut aussi utiliser la pratique en tant que médecin, pour améliorer notre « care » et donc mieux prendre en charge la psyché du patient car nous-même avec une meilleure psyché. En plus des dermatoses chronique, on peut utiliser ces pratiques dans d'autres pathologies dermatologiques. La dermatillomanie est un « triturage » de la peau, assimilable à un TOC. Cela représente 1 à 2 % de la population, en majorité des femmes. Le visage est la partie du corps la plus touchée. Il y a un impact important sur la qualité de vie. Cette pathologie répond très bien à la TCC.

Les dermatoses délabrantes sont aussi une bonne cible de la TCC. Il y a d'autres indications que la dermatologie pour ces pratiques, notamment l'oncologie, les autres spécialités avec maladie inflammatoire et auto-immune, de nombreuses pathologies psychiatriques.

Face au stress et les émotions qu'il entraîne, on va avoir trois voies de pilotage automatique : la lutte, la fuite et la résignation. La méditation va permettre de trouver une autre voie, non automatique, grâce à la neuroplasticité. Cela permet au patient de faire un pas de côté par rapport à son psychisme. La méditation a deux entrées : technique et philosophique. La première est la plus utilisée, en pleine conscience. La deuxième a des programmes spécifiques dans le cadre d'une thérapie. La pleine conscience est un sport mental, qui nécessite de l'entraînement de l'esprit avec modification des zones cérébrales liées aux émotions anatomiques et surtout fonctionnelles. C'est une attention intentionnelle

sur le présent. Elle est utilisée dans les hôpitaux depuis plus de trente ans. Une pratique régulière améliore la santé globale et le bien-être. Il y a des contre-indications relatives, comme certains états de stress post-traumatiques pas encore stabilisés. Elle permet une amélioration plus rapide du stress, une augmentation de la clarté mentale et de la concentration. Elle permet de se libérer des mauvaises habitudes et des addictions. La pleine conscience a 5 focus : respiratoire, corporel, mental, émotionnel, sensoriel. La cohérence cardiaque est un exercice de lâcher prise. Il faut le faire trois par jour, 6 respirations par minute pendant cinq minutes. Cela augmente la variabilité de la fréquence cardiaque. Cela normalise la tension artérielle, améliore la qualité du sommeil.

Messages clés

- La méditation et les thérapies cognitivo-comportementales ont un large champ d'action.
- Il faut penser à les proposer en complément de la prise en charge médicale.
- Ces techniques ne sont pas invasives et ont un bon rapport bénéfice risque.
- Le médecin peut utiliser les techniques de pleine conscience pour lui-même, afin de mieux prendre en charge ensuite les patients.

Questions de formation

Quelles sont les contre-indications de la cohérence cardiaque ?

- a- Aucune, elle améliore l'état de santé global de tout le monde
- b- Patient confus qui n'est pas orienté
- c- Patient psychotique

Quelle pratique sera plus facile pour commencer ?

- a- La méditation pleine conscience
- b- La méditation bouddhique
- c- La méditation guidée



ARTICLE 11 - MALADIE DE LYME ET AUTRES MALADIES VECTORIELLES À TIQUES : QUOI DE NEUF EN 2024 ?

Orateur(s) : C. Lenormand, E. Talagrand-Reboul

Article rédigé par le Dr Laure BELLANGE – Allergologue.

Intro

C'est la première maladie à transmission vectorielle de l'hémisphère nord. C'est une infection par les spirochètes, transmis par les tiques dures. Il existe toujours une controverse quant à l'existence de formes chroniques. Il peut y avoir des co-infections par les tiques.

Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)

Il y a des recommandations de Bonne Pratique de la HAS en 2018, non consensuelles, avec des recommandations alternatives par les sociétés savantes, publiées en 2019. D'ici fin mars 2025, il devrait y avoir de nouvelles recommandations de la HAS pour le traitement.

Il y a deux sortes de tiques d'intérêt en France : les tiques molles, qui donnent des anaphylaxies nocturnes ; les tiques dures, qui ont une activité diurne. Dans cette deuxième sorte, on trouve la famille de tiques Ixodes, qui donne la maladie de Lyme. On la trouve surtout au printemps et en été, dans les forêts et les jardins. Selon la durée du repas sanguin de la tique, différents agents infectieux seront transmis. Certains sont transmis de manière immédiate comme le virus TBE. *B. burgdorferi*, qui est responsable de la maladie de Lyme, est transmis si la tique est présente depuis au moins 12 heures.

Environ 12 % des tiques sont porteuses de la bactérie. Le risque de développer la maladie est de moins de 10 %, si la tique est restée suffisamment longtemps. Une étude a montré 3 gènes de susceptibilité de développer la maladie.

La phase précoce localisée arrive dans le premier mois, avec l'érythème migrant. Il y a ensuite une phase précoce disséminée entre 1 et 6 mois, comme la neuroborréliose précoce, cardite borrélienne, érythème migrant multiple, lymphocytome. S'il n'y a pas eu de traitement, il peut y avoir une phase tardive de 6 mois à plusieurs années après la piqûre, avec des arthrites et une neuroborréliose tardive.

L'érythème migrant (EM) est une macule érythémateuse, qui migre de manière centrifuge régulière jour après jour. Certains sont très discrets et fluctuants au cours de la journée. Les enfants se font souvent piquer vers les oreilles. L'EM peut être en partie caché par les cheveux.

En phase précoce tardive, on aura un lymphocytome borrélien. Il est typiquement sur le lobule de l'oreille, le scrotum et le mamelon, mais il peut se localiser ailleurs. Il y a parfois des tableaux d'érysipèle suraigu. Parfois, il peut y avoir plusieurs lésions.

L'acrodermatite atrophiante est la lésion de la phase tardive disséminée. Elle commence par une phase œdémateuse indolore puis elle se transforme en atrophie avec nuancier de couleur cuivre/brique/bleuté, et un renforcement en regard des surfaces osseuses.

L'évolution peut se faire sur plusieurs années. Il peut y avoir co-existence de lésions précoces et lésions tardives.

Pour le diagnostic, celui de l'EM est clinique. Ensuite, on peut chercher directement *B. burgdorferi* sur biopsie cutanée, liquide articulaire, biopsie synoviale puis examen direct microscopique, culture et PCR. Il y a très peu de bactéries dans ces échantillons, donc la sensibilité des tests n'est pas satisfaisante. On fait surtout des diagnostics indirects avec la

sérologie. Cela confirme le contact avec la bactérie mais ne signe pas une infection active. Il y a des séroconversions asymptomatiques fréquentes, notamment dans les populations exposées. L'immunité n'est pas protectrice. La sensibilité est excellente dans les phases tardives. Il peut y avoir des faux négatifs dans les lymphopénies B sévères. Les autres tests ne sont pas à utiliser car les performances sont mauvaises. Concernant la thérapeutique, les données ne peuvent pas être transmises tant que les recommandations HAS ne sont pas sorties.

Messages clés

- Il faut une durée d'attachement très longue de la tique pour avoir un risque d'être infecté.
- Il faut bien enlever la tête de la tique quand on la retire.
- Il existe des formes chroniques.
- Le diagnostic n'est pas toujours simple et il faut bien corréliser les tests à la clinique.

Questions de formation

Comment faire le diagnostic d'érythème migrant ?

- a- L'examen est clinique
- b- Examen direct par biopsie
- c- Examen sérologique avec IgM

Quelle est la conduite à tenir si l'érythème migrant a bien disparu sous antibiotique ?

- a- Il faut simplement une surveillance clinique
- b- Il faut contrôler la sérologie à distance
- c- Il faut une deuxième série d'antibiotique quelques semaines après le premier traitement F



ARTICLE 12 - DERMATOGÉRIATRIE : NOUVELLES APPROCHES POUR DE NOUVEAUX DÉFIS OU DES CAS CLINIQUES QUI DÉFIENT LE TEMPS !

Orateur(s) : P. Carvalho, S. Meaume, H. Colboc

Article rédigé par le Dr Laure BELLANGE – Allergologue.

Intro

En 2030, 25 % de la population aura plus de 65 ans, et 2,5 millions de patients auront plus de 85 ans. Le vieillissement de la population entraîne une prévalence accrue de maladies chroniques, avec les handicaps physiques, une polymédication, un risque accru d'effets indésirables médicamenteux, et une mortalité plus importante que dans le reste de la population.

Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)

L'optimisation des soins aux patients âgés est donc une priorité absolue du système de santé. Pourtant, la prise en charge est peu standardisée. Les outils d'évaluation sont peu connus. Le besoin humain est plus important que celui médicamenteux. L'approche multidisciplinaire est nécessaire.

Il faut distinguer le sujet âgé en forme et le sujet âgé fragile, vulnérable. Il ne faut donc pas se fier qu'à l'âge physiologique. Il faut aussi garder en tête que des événements aigus entraînent une perte d'autonomie fonctionnelle et des pathologies en cascade.

Pour savoir si le patient est fragile, il existe le questionnaire d'évaluation ADL. Il faut aussi faire une évaluation nutritionnelle avec l'IMC et des tests de démence.

Pour faire face à tous les défis de la gériatrie, il ne faut pas travailler seul. Il ne faut pas hésiter à solliciter les IDE et SSIAD, les kinésithérapeutes à domicile, les réseaux gériatriques. Il ne faut pas hésiter non plus à orienter le patient vers l'assistante sociale afin de bénéficier d'aides financières. Il faut aussi prescrire du matériel comme le lit médicalisé ou des chaussures adaptées par exemple.

Les défis de la prise en charge face à un patient cognitif sont le refus de soins, l'agressivité, la manipulation des lésions, les lésions auto ou hétéro induites, l'ablation des pansements.

Les clés sont de respecter les derniers repères du patient, la réalisation des soins dans le bon lieu le bon moment et avec la bonne personne, la bonne prise en charge de la douleur, et le bon choix des molécules. Il faut anticiper le soin et être rapide. Il est bien d'utiliser la technique du plongeon rétrograde : se servir d'un objet du patient qui lui permet de se fixer, d'avoir un ancrage et enfin d'être apaisé.

Avec la personne âgée, il peut y avoir une perte d'autonomie liée à l'hospitalisation. Elle résulte de l'affection mais aussi de modalités de prise en charge hospitalière. Cela représente la première cause du déclin fonctionnel, avec une prévalence de 30 %. Par exemple, on met une protection à une personne car on n'a pas le temps d'être là quand elle souhaite uriner, elle ressort d'hospitalisation incontinente alors qu'elle était continente à l'arrivée.

Le sujet âgé psychotique est aussi un grand défi de prise en charge. Par exemple, si le patient a un ulcère de jambe, mais qu'il est Diogène, la guérison sera compliquée.

Concernant la dermatologie, la peau du sujet âgé est très fine. Il est important de prévenir les déchirures cutanées quand on prend en charge le patient. On peut utiliser des systèmes comme pareplaie® ou dermatuff®, les lève-malades, protéger les barrières du lit.

Un autre problème dermatologique est l'hématome disséquant nécrotique simple. Il est important de ne pas avoir de retard de prise en charge afin de limiter le risque d'amputation.

La radiodermite chronique augmente avec le temps. Il faut y penser et faire un suivi régulier.

Il faut bien garder en tête aussi que les cicatrices peuvent avoir une dégénérescence cancéreuse.

Un autre piège est la présence de maladies « cachées », sur les zones couvertes qui ne sont quasiment jamais examinées. Il n'y a pas toujours de plainte douloureuse. Il est important de faire une consultation d'annonce, même aux personnes très âgées. Il faut informer le patient, mais pas l'entourage sauf si on a l'accord du patient. Il faut bien expliquer la gravité de la tumeur et le prévenir des complications potentielles du traitement, et de l'évolution prévisible de la tumeur en l'absence de traitement oncologique spécifique. Il est important de vérifier que l'information est bien comprise. Il faut les inciter à prendre une personne de confiance et venir avec. Il faut les revoir rapidement sinon il y a de grand risque que le patient ne revienne pas.

Messages clés

- La population vieillit, il faut donc être formé aux particularités de la gériatrie.
- Il est important de faire les soins les plus courts et les moins douloureux possibles.
- Il ne faut pas s'arrêter à l'âge physiologique mais prendre en compte la personne dans sa globalité.
- Il faut souvent une prise en charge multidisciplinaire avec les paramédicaux.

Questions de formation

Quel IMC est corrélé à une surmortalité dans la population âgée ?

- a- 18
- b- 20
- c- 22

À quelle contre-indication faut-il penser avec les traitements par antifongiques ?

- a- Les bêtabloquants FAUX
- b- Les AVK
- c- Les IEC



ARTICLE 13 - SYMPOSIUM SATELLITE LILLY - DÉFAIRE LE NOEUD : SURMONTER LA PELADE

Orateurs : Thierry PASSERON, Julien SENESCHAL, Ziad REGUIAI

Article rédigé par le Dr Laure BELLANGE – Allergologue.

Intro

1 à 2 % de la population est atteint de pelade, avec 10 % de formes sévères. C'est une pathologie du sujet jeune, la moitié des cas débutent avant l'âge de 20 ans. L'impact de la maladie sur la stigmatisation est très important. L'image de soi est très altérée. 9 personnes sur 10 ont un impact très sévère sur leur qualité de vie.

Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)

Les JAKi sont les traitements de première intention. Actuellement, pour le traitement, on dispose du baricitinib et ritlecitinib. Ils ont l'AMM dans la pelade sévère, sans obligation de score.

Pour le baricitinib, il y a environ 40 % de repousse complète ou quasi complète des cheveux, cils et sourcils à un an. Les effets secondaires sont peu nombreux, avec surtout des réactions acnéiformes transitoires.

Pour le ritlecitinib, le mécanisme d'action est un peu différent. À 6 mois de traitement, plus d'un patient sur 5 présente une couverture de repousse de plus de 80 %. Actuellement, il y a un bon profil de sécurité aussi.

Les facteurs pronostiques de réponse sont la durée d'évolution de l'épisode en cours, et la sévérité de l'épisode. Plus on leur propose rapidement sans trop de sévérité plus les traitements sont efficaces.

Avec le ritlecitinib, après un an de traitement, la proportion de patients répondeurs continue d'augmenter. Près de 80 % des patients ont eu un maintien de la repousse à deux ans.

Pour le baricitinib, la repousse est maintenue jusqu'à trois ans chez plus de 80 % des patients ayant répondu à un an.

À l'arrêt du traitement, les patients ont perdu la réponse. Le traitement est donc plutôt suspensif. En les remettant sous traitement, la majorité des patients retrouve une réponse thérapeutique.

Pour le baricitinib, il existe deux doses. En diminuant la dose de 4 à 2 mg, 40 % des patients ont perdu l'efficacité thérapeutique. Obtenir une réponse quasi complète après initiation du traitement, est probablement un marqueur d'efficacité à la baisse ou arrêt du traitement.

Sur du long terme, les données de tolérance sont plutôt rassurantes.

Le baricitinib est utilisé dans d'autres pathologies. Dans la population de pelade, il y a moins d'effets secondaires que dans d'autres pathologies, notamment dans les maladies rhumatologiques. Cela s'explique par le fait que les patients sont plus jeunes, avec moins de comorbidités. On a des effets secondaires similaires à ceux retrouvés dans le traitement de la dermatite atopique.

Dans la vraie vie, on voit que les patients avec terrain atopique sont meilleurs répondeurs. À l'inverse, les patients souffrant de maladie auto-immune sont moins bons répondeurs.

Le bilan pré thérapeutique est le même que dans les autres indications des antiJAK, avec recherche d'infection ou de tumeurs, et mise à jour du calendrier vaccinal.

Messages clés

- La pelade est une maladie relativement fréquente.
- C'est une maladie affichante avec un lourd fardeau.
- Jusque-là, les traitements étaient peu efficaces.
- Les JAKi permettent de changer le pronostic de la maladie.

Questions de formation

Quel paramètre faut-il suivre 12 semaines après l'introduction du baricitinib ?

- a- Les hématies
- b- Les lipides
- c- La créatinine

Que reste le traitement de base de la pelade ?

- a- Le soutien psychologique
- b- Les Corticoïdes
- c- Les techniques de dissimulation



ARTICLE 14 - FLASHS POUR LA PRATIQUE 3 CHEVEUX

Orateur(s) : P. Assouly, B. Matard, A. Souissi, S. Barbarot, A. Kolivras, P. Reygagne

Article rédigé par le Dr Laure BELLANGE – Allergologue.

Intro

La folliculite décalvante est une alopecie cicatricielle inflammatoire chronique. C'est une maladie de la barrière cutanée, entraînant une dysbiose folliculaire. Aucun traitement n'entraîne de guérison. Le but est de réduire la charge bactérienne. Les traitements antibiotiques ne permettent pas une prise en charge entièrement efficace.

Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)

L'objectif du traitement est le maintien de l'absence d'inflammation, sans en arriver au traitement systémique, en évaluant fréquemment l'état du cuir chevelu du patient. En première intention, on utilise les tétracyclines. En seconde intention on utilise la rifampicine et la clindamycine pendant de nombreuses semaines, ou le cotrimoxazole pendant aussi plusieurs mois. Les traitements antibiotiques topiques et corticoïdes locaux sont utilisables. Le tacrolimus est difficile à utiliser sur le cuir chevelu. La photothérapie dynamique est intéressante. Les biothérapies et immunomodulateurs sont peu et mal évalués. Les greffes folliculaires sont à proposer en dernière intention, et dans des cas bien particuliers, avec des greffons tests sur de petites zones.

En pédiatrie, plusieurs pathologies entraînent des alopecies. Pour les teignes, le diagnostic est facile dans la majorité des cas. Il y a deux pièges : les formes abcédées nodulaires, et les formes croûteuses impétiginisées. Tout impétigo du cuir chevelu de l'enfant doit faire évoquer une teigne ou une pédiculose. Il y a trois ans, la griséofulvine n'a plus été disponible. Il a fallu revoir l'algorithme de prise en charge. Il faut continuer les règles d'hygiène et les traitements topiques. On peut utiliser la terbinafine en traitement probabiliste. En cas d'examen direct positif immédiat avec *Microsporum canis*, on peut utiliser itraconazole. Depuis cette année, cette molécule n'est plus disponible en forme buvable. Pour les petits enfants, on a donc un « trou » dans la prise en charge. En cas de teigne microsporique, maintenant le groupe de travail propose d'utiliser terbinafine pendant 6 semaines. Actuellement, il n'y a pas d'autre alternative.

L'histiocytose langheransienne est à ne pas rater chez le nourrisson. C'est une dermite bipolaire avec atteinte du cuir chevelu, du bas du dos, et des plis. C'est une maladie polymorphe sur le plan clinique. 100 % des formes systémiques du nourrisson ont une atteinte du cuir chevelu. Le traitement est adapté au bilan d'extension. Une autre cause d'alopecie chez l'enfant est le monilethrix. C'est une maladie bien identifiée autosomique dominante, avec une grande variété phénotypique. Une autre cause d'alopecie à évoquer est la dysraphie. Toute lésion congénitale médiane du cuir chevelu doit faire évoquer une dysraphie. Il y a un risque d'infection qui peut aller jusqu'à l'abcès cérébelleux. L'aplasie cutanée du cuir chevelu témoigne d'une anomalie de fermeture, avec le signe du collier de cheveu. Devant cet aspect, il faut demander une IRM. Une autre cause d'alopecie est le syndrome des cheveux incoiffables. Il y a plusieurs gènes en cause. Les cheveux sont fins, ondulés, difficiles à coiffer. Il s'agit d'une anomalie pilaire isolée, il n'y a pas d'atteinte systémique. Le syndrome des cheveux laineux, lui, peut être associé à une kératodermie palmoplantaire. Dans ce cas, c'est grave avec risque de mort subite par cardiopathie arythmogène. Enfin, la pelade est une autre maladie alopeciante de l'enfant, dont le diagnostic est assez facile en règle générale. Actuellement, on peut utiliser le ritlecitinib

chez l'enfant de plus de 12 ans pour les pelades sévères. En dessous de 6 ans, il faut utiliser les dermocorticoïdes. Entre 6 et 12 ans, on peut ajouter des corticoïdes per os.

Messages clés

- Les causes d'alopecie sont multiples.
- Il faut bien trouver l'étiologie pour proposer une prise en charge adaptée.
- Chez les enfants, il faudra penser à quelques maladies syndromiques.

Questions de formation

Comment se fait le diagnostic de teigne ?

- a- Il est clinique uniquement
- b- Examen direct des squames de la peau
- c- Réponse au traitement

Quel autre symptôme cutané doit faire évoquer une dysraphie ?

- a- Une fossette lombosacrée atypique
- b- Une hypertrichose
- c- Une anomalie des tablettes unguéales



ARTICLE 15 - VIRUS ÉMERGENTS VACCINS DÉDIÉS EN COURS DE DÉVELOPPEMENT

Orateur(s) : B. Lina

Article rédigé par le Dr Laure BELLANGE – Allergologue.

Intro

Le risque infectieux est surtout zoonotique. L'humain est donc immunologiquement naïf face au pathogène qui était inconnu pour notre espèce. Si la transmission interhumaine est rapide, il peut donc y avoir une pandémie.

Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)

Il y a une quarantaine de virus émergents. Parmi ceux-là, certains sont plus à risque de développement d'épidémies, du fait des événements géopolitiques et les événements climatiques. Les pathogènes les plus à risque à court terme sont des virus, et notamment les virus respiratoires.

Il faut donc innover dans le domaine des vaccins. Le fardeau de santé d'un virus émergent d'origine respiratoire est majeur, comme on a pu le voir avec le SARS-cov2. L'évolution démographique (âge) et sanitaire (comorbidités) aggrave ce fardeau. La vaccination est l'action de santé la plus coût-efficace pour réduire un risque infectieux en général. Les vaccins actuels sont efficaces mais ont montré leurs limites. L'adhésion à la vaccination est un facteur clé du succès. Un vaccin performant et bien toléré permettra une adhésion et une bonne réduction de l'impact de la maladie.

Les virus Influenza et Coronavirus ont des cibles vaccinales clairement identifiées. Il y en a plusieurs, ne portant pas sur les mêmes mécanismes de réponse immunitaire, augmentant leur efficacité. On a plus de cibles actuellement pour les Influenza que les Coronavirus. Le problème de ces virus, c'est que ce sont des familles très grandes, avec des protéines très différentes dans leurs sous-types et leur lignage. Si on veut se préparer pour avoir des vaccins efficaces, il faut se préparer contre toute la variabilité de ces protéines. Un problème en plus est que les virus évoluent et se diversifient entre la première infection humaine et la transmission. Souvenons-nous de tous les variants du SARS-CoV-2. Ces changements entraînent une amélioration de la transmission virale, et une adaptation à l'Homme. Ils circulent plus vite mais sont souvent moins virulents. Les virus se chassent les uns des autres. Un nouveau qui apparaît fait disparaître les précédents. L'évolution antigénique des virus fait qu'il y a un échappement immunitaire. Ce qui fait qu'un même virus peut réinfecter une personne déjà infectée antérieurement, et qu'on repart sur un cycle de circulation du virus.

Outre les cibles, il y a d'autres pistes de développement des vaccins. Le vaccin classique est le vaccin inactivé. Il y a aussi les vaccins vivant-atténué, vaccin particulaire, vaccin protéique, vaccin avec acides nucléiques. Il y a aussi différentes façons d'administrer le vaccin : mucosal, IM, ID, SC, entraînant des réponses immunitaires différentes humorale ou cellulaire. On peut améliorer la réponse vaccinale en ajoutant des adjuvants, et multipliant les cibles, et en augmentant la dose. Alternner les plateformes vaccinales améliore la qualité et la durabilité de la réponse immunitaire.

Aujourd'hui, on a des limites et des difficultés pour les vaccins contre ces virus. La durabilité de la protection est faible. L'empreinte immunitaire augmente à chaque vaccin et il peut y avoir un manque de création de nouveaux anticorps lors des rappels. On ne sait pas au début d'une épidémie si le vaccin sera efficace ou pas.

Un vaccin doit être rapide à créer, peu cher, bien toléré, efficace chez les immunodéficients.

Messages clés

- Il y a plusieurs dizaines de virus émergents à risque d'épidémie.
- Les vaccins mutent au cours d'une épidémie.
- On ne peut pas préparer des vaccins pour tous les virus en amont.
- Il faut donc être très réactif dans le suivi épidémiologique et agir dès les premiers cas décrits.
- Pour qu'un vaccin soit accepté, il doit être peu cher, facile à administrer, sans trop d'effet indésirable.

Questions de formation

Quelle est l'incidence de l'allergie au vaccin antigrippal ?

- a- Moins de 1/100
- b- Moins de 1/1000
- c- Moins de 1/10000

Quel est le principe des vaccins à ARNm ?

- a- Modifier notre génétique
- b- Faire produire les fragments d'agents infectieux capables de stimuler la réponse immunitaire par les cellules du patient.



ARTICLE 16 - IMMUNOLOGIE & MÉDECINE PERSONNALISÉE EN DERMATOLOGIE

Orateur : M. Gilliet

Article rédigé par le Dr Laure BELLANGE – Allergologue.

Intro

Les voies immunitaires essentielles sont au nombre de cinq. Il y en a deux dans la voie innée (IFNab, IL1/IL36) et trois dans les voies adaptatives (Th1, Th2, Th17).

Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)

En clinique, il est possible de cibler ces différentes voies immunitaires. Ces traitements sont très efficaces. Mais en clinique, on constate des mauvais répondeurs. Du coup, est-ce une erreur diagnostique ? Un mauvais ciblage thérapeutique ? Un shift immunitaire sous thérapie ciblée ?

La médecine personnalisée est à envisager pour améliorer la prise en charge et l'efficacité des traitements.

L'équipe de l'orateur a fait une exploration génétique pour obtenir une définition moléculaire des profils immunitaires. Elle a créé une cartographie moléculaire. Cela permet de voir dès la première biopsie quelle est la pathologie du patient quand il y a une incertitude diagnostique. Il y a une utilité clinique, afin de choisir la meilleure molécule pour le traitement.

Messages clés

- Les grandes avancées en immunologie permettent de mieux catégoriser les maladies.
- La prise en charge devient donc plus spécifique et efficace.
- Il y a de nombreuses opportunités envisageables pour la médecine personnalisée, mais les techniques sont assez coûteuses.

Questions de formation

Quels sont les 5P de la médecine ?

- a- Préventive, personnalisée, prédictive, participative, avec preuves
- b- Plausible, pluraliste, pluridisciplinaire, politique, populaire



ARTICLE 17 - DEVENIR ÉCORESPONSABLE : EST-CE UTILE ? COMMENT FAIRE EN PRATIQUE ? COMMENT JE COMMUNIQUE AVEC MES PATIENTS ?

Orateur(s) : A.C. Davaine, M. Bataille, M. Boileau, E. Borne, F. Desruelles, A. Riaux

Article rédigé par le Dr Laure BELLANGE – Allergologue.

Intro

Le péril environnemental est le plus grand péril jamais affronté par l'humanité. La production de CO2 en 2024 est de 41,6 milliards de tonnes, en augmentation de 2,5 % par rapport à 2023. L'impact carbone du secteur de la santé représente entre 6,6 et 10 % des émissions françaises.

Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)

La majeure partie est représentée par les dispositifs médicaux et les prescriptions. Le groupe envi'derm est un groupe de travail de la SFD. Ils ont fait une étude transversale descriptive sous forme de questionnaire exploratoire sur les pratiques des médecins. Il y a eu environ 500 réponders, dont 71 % de libéraux. L'impact environnemental de nos pratiques est un sujet d'intérêt, et il y a un paradoxe entre le plan personnel et professionnel. Souvent, les médecins faisaient plus attention dans leur vie personnelle. En termes de connaissances, 82 % pensent ne pas avoir d'outils suffisants pour répondre aux attentes et inquiétudes des patients sur l'impact environnemental des prescriptions de cosmétiques. Malgré tout, 45 % réduisent le nombre de prescription de cosmétiques. De plus en plus de médecins refusent les échantillons au cabinet. Dans quasi 60 % des cas, l'impact écologique des produits solaires sur la faune et la flore est toujours un critère de choix dans la prescription de cosmétiques. 78 % des médecins pratiquent le tri sélectif. Mais quasiment la moitié des réponders n'ont jamais eu de sensibilisation sur la différence DAS/DASRI. 87 % des dermatologues utilisent des draps non plastifiés, avec une moyenne de 3 rouleaux par semaine. Seulement 42 % savent que les draps sont recyclables. On mettra dans le DASRI tout déchet contenant un micro-organisme viable ou ses toxines, pouvant causer une pathologie chez l'Homme ou autres organismes vivants, tout déchet issu d'activité de diagnostic, suivi et traitement en médecine humaine et vétérinaire, tout matériel piquant/coupant/tranchant, tout déchet avec impact émotionnel des soins (tubulures).

Concernant le matériel, 84 % des médecins ont un ordinateur fixe. 55 % le changent seulement quand il est hors service. Le courrier est dématérialisé dans 64 % des cas. 87 % éteignent le matériel en fin de journée.

Pour le transport, dans 47 % des cas la distance travail/domicile est de moins de 5 kilomètres. Pour les formations locales, la voiture est le moyen de transport le plus utilisé. Pour les formations nationales, le train est utilisé dans 85 % des cas.

L'impact environnemental des pratiques est une préoccupation croissante. La France est le premier pays à faire ce genre d'enquête.

Le groupe de travail a créé une affiche à mettre au cabinet pour sensibiliser les patients. Il a aussi créé un guide pour améliorer les pratiques et diminuer l'empreinte environnementale. On les retrouve en ligne. Il ne faut pas hésiter à se les procurer.

Messages clés

- Les émissions de gaz à effets de serre augmentent chaque année.

- On peut agir à notre échelle.
- On mène souvent des actions au plan professionnel, mais on passe la majorité du temps sur notre lieu de travail.
- Il y a de multiples actions possibles, tant sur le plan matériel que sur nos prescriptions en tant que telles.

Questions de formation

Combien de boîtes de médicaments sont vendues par an en France ?

- a- 3 millions
- b- 3 milliards
- c- 30 milliards

Quel est le pourcentage de médicaments prescrits jamais utilisés ?

- a- 5 %
- b- 10 %
- c- 20 %



ARTICLE 1 - DERMATITE ATOPIQUE EN PRATIQUE, QUELS TRAITEMENTS POUR QUELS PATIENTS ?

Docteur Stéphanie MALLET, dermatologue, Marseille.

Docteur Caroline JACOBZONE LEVEQUE, dermatologue, Lorient.

Professeur Anne-Claire BURSZTEJN, dermatologue, Nancy.

Article rédigé par le Dr Yves ROUBEIX – Dermatologue.

Intro

Le désert thérapeutique de la dermatite atopique n'est plus !

De nouveaux traitements, biothérapies et JAK inhibiteurs, sont arrivés et continuent d'arriver si bien que le praticien est confronté désormais à la difficulté de choisir entre ces traitements et les plus anciens (ciclosporine, méthotrexate).

Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)

La DA de l'enfant et de l'adolescent, cas cliniques.

Petit garçon de 5 ans avec DA sévère résistant aux dermocorticoïdes :

- Le traitement par dermocorticoïdes doit être rapide et fort, soit en se servant de l'unité phalange, qui n'est pas toujours bien comprise, soit en précisant le nombre de tubes par mois.

Il n'existe pas de dose maximale.

Les pansements humides sont rapidement efficaces et peuvent être posés par les parents à domicile.

- Les traitements systémiques disponibles sont le dupilumab et le baricitinib (non remboursable).

Il importe de traiter tôt pour préserver la qualité de vie de l'enfant et de l'entourage et aussi, on l'espère, modifier l'histoire naturelle atopique.

Seront pris en compte l'impact de la maladie (image de soi, retentissement fonctionnel), la balance bénéfico-risque, l'évolution naturelle habituellement favorable de cette dermatose.

Décision médicale certes, mais partagée avec les parents.

En pratique, ayant opté pour le dupilumab :

- Pas de bilan pré-thérapeutique ni de suivi biologique ;
- Pas d'avis ophtalmologique sauf en cas de DA grave avec atteinte palpébrale et risque de kérato-conjonctivite ;
- Précautions à prendre pour les vaccins vivants, en général déjà faits avant l'âge de 2 ans ;
- Le dupilumab étant douloureux à l'injection, il existe un diffuseur (ou pousse seringue), utilisable à domicile par l'infirmière.

Adolescente de 15 ans avec DA ancienne,

- Récemment aggravée, ayant mal toléré la ciclosporine : indication du dupilumab.

- Survenue d'une grossesse quelques années plus tard : il faut arrêter le dupilumab, surveiller la grossesse, faire une déclaration en pharmacovigilance.
- Les données sont rassurantes concernant l'évolution des grossesses sous dupilumab.

Adolescent de 15 ans en échec du dupilumab :

- Le switch vers le tralokinumab, autre biothérapie disponible, ne paraît pas opportun ;
- l'upadacitinib, anti JAK, est proposé et se montre efficace.

Adolescent de 16 ans souffrant d'une DA du visage et d'une pelade :

- Le choix thérapeutique se porte sur un anti JAK, actif à la fois sur la DA et sur la pelade.
- En pratique, pour un traitement par anti JAK :
 - Bilan biologique pré-thérapeutique ;
 - Suivi biologique, allégé à cet âge ;
 - Possibilité d'acné induite, surtout par l'abrocitinib.

La DA de l'adulte.

Cas clinique d'un homme de 30 ans, fumeur, avec asthme et DA depuis l'enfance.

- La ciclosporine (en prescription initiale hospitalière, PIH) est mal tolérée, la photothérapie peu accessible, l'éducation thérapeutique est possible, même en distanciel.
- Le méthotrexate (hors AMM) est mieux toléré que la ciclosporine mais d'action plus lente.
- Chez ce patient fumeur, une biothérapie par dupilumab ou tralokinumab est préférée à un anti JAK, il n'y a pas de PIH pour ces biothérapies alors que les anti JAK y sont soumis.
- En pratique, la durée du traitement sera d'au moins un an et probablement de plusieurs années.
- Les vaccins vivants ne seront pratiqués qu'après 3 mois d'arrêt de la biothérapie et il faut attendre 6 semaines après le dernier vaccin vivant contre la varicelle avant de commencer une biothérapie.

La DA du sujet âgé.

Cas clinique d'une DA érythrodermique chez un homme de 64 ans.

- L'hospitalisation s'impose devant un tableau d'une telle sévérité.
- Il faut éliminer les diagnostics différentiels : mycosis fongoïde, gale norvégienne, pemphigoïde bulleuse, toxidermie : le délai d'apparition d'une dermatose eczématiforme d'origine médicamenteuse est long, en moyenne 3 mois après le début du traitement.

- Le choix du traitement se base sur des critères d'efficacité, de rapidité d'action et de tolérance.
- En termes de rapidité d'action, la ciclosporine et les anti JAK dominant, mais il n'en est pas de même pour la tolérance.
- En termes d'efficacité, biothérapies et anti JAK sont sur un même niveau.
- En première intention, une biothérapie est instituée et se montre efficace.
- À l'exception d'une atteinte tête et cou persistante qui conduit à chercher un facteur de contact et à s'orienter secondairement vers un anti JAK.

Messages clés

- Une dermite atopique sévère doit être traitée rapidement.
- Biothérapies et anti JAK sont d'efficacité équivalente.

Questions de formation

Quelle est la réponse exacte ?

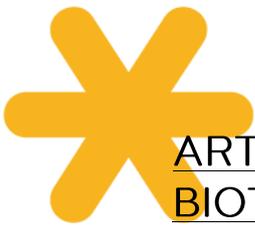
- A. Un bilan biologique pré-thérapeutique est nécessaire avant de commencer le dupilumab.
- B. Le dupilumab n'est autorisé qu'à partir de 12 ans.
- C. Un effet indésirable du dupilumab est la kérato-conjonctivite.
- D. Les vaccins vivants sont possibles sous dupilumab.

Réponse exacte : C.

Quelle est la réponse exacte ?

- A. Le dupilumab est soumis à une prescription initiale hospitalière.
- B. Les anti JAK sont soumis à une prescription initiale hospitalière.
- C. Le délai d'apparition d'une toxidermie eczématiforme est habituellement court.
- D. La durée du traitement de la DA par biothérapie n'excède pas un an.

Réponse exacte : B.



ARTICLE 2 - NÉOPHYTES EN LYMPHOCYTES ? BIOTHÉRAPIES ANTI-INFLAMMATOIRES, IMMUNOTHÉRAPIES ANTI-TUMORALES, SI VOUS N'AVEZ PAS ENCORE PRIS LE VIRAGE IMMUNOLOGIQUE EN DERMATOLOGIE.

Docteur Irène GALLAIS-SEREZAL, dermatologue, Besançon.

Professeur François AUBIN, dermatologue, Besançon.

Docteur Charlée NARDIN, dermatologue, Besançon.

Article rédigé par le Dr Yves ROUBEIX – Dermatologue.

Intro

À l'heure où l'immunologie a investi la dermatologie, il est important d'acquérir ou d'actualiser les bases de façon à mieux comprendre les maladies et leurs médicaments.

Après la théorie, sont abordées les biothérapies dans les dermatoses inflammatoires et l'immunothérapie des cancers.

Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)

Les bases en immunologie.

Dans l'épiderme, notion nouvelle, se trouvent des lymphocytes T, qui sont doués de mémoire et de spécificité, et des terminaisons nerveuses. On y trouve aussi les cellules de Langerhans qui forment un réseau plus abondant que ce qui était dit. Dans le derme se trouvent des cellules dendritiques et des lymphocytes T. Mais la distinction classique entre cellules immunitaires et non immunitaires est devenue obsolète, tous les types cellulaires cutanés semblent pouvoir jouer un rôle dans les défenses de la peau.

La première ligne de défense, en cas d'attaque bactérienne, repose sur les kératinocytes avec leurs récepteurs toll-like, membranaires ou cytoplasmiques, pourvus d'un certain degré de spécificité.

Ainsi la réponse immunitaire sera-t-elle différente selon la nature de l'agresseur, bactérie, virus ou parasite.

En deuxième ligne, les macrophages sont capables d'internaliser et lyser les bactéries et en outre, par leurs cytokines, de déclencher un afflux de polynucléaires neutrophiles pour phagocyter.

Il s'agit de l'immunité innée, qui sans être très spécifique, intervient rapidement, est dépourvue de mémoire (même si une éducation épigénétique est possible).

Les maladies auto-inflammatoires résultent du dérèglement de l'immunité innée.

En troisième ligne, l'immunité adaptative (acquise) met en jeu les cellules présentatrices d'antigènes : ce sont les cellules de Langerhans de l'épiderme et les

cellules dendritiques du derme qui, arrivées aux ganglions, présentent des fragments de l'agent agresseur aux lymphocytes T naïfs.

Les lymphocytes T du ganglion sont originaires de la moelle osseuse, puis du thymus, devenus matures mais sans avoir été encore en contact avec un antigène, donc naïfs.

Interviennent alors des cytokines.

L'immunité adaptative est spécifique d'un antigène, intervient plus lentement lors de la première agression, plus rapidement lors des suivantes, et dispose d'un système de mémoire.

Son dérèglement est à l'origine des maladies auto-immunes.

Les différentes cytokines libérées par le lymphocyte T naïf du ganglion se lient à des récepteurs différents et sont à l'origine de différents sous-types de réactions immunitaires : Th1, Th2, Th17 etc.

La cytotoxicité :

Quand tout va bien, l'interaction entre le lymphocyte T et la cellule tumorale aboutit à la destruction de la cellule tumorale.

La cellule tumorale peut se protéger en exprimant PDL1 qui se lie au récepteur PD1 du lymphocyte, ce qui bloque la lyse tumorale.

Dans le ganglion, le CTLA4 est un récepteur membranaire du lymphocyte qui bloque la réponse immunitaire. Les anti CTLA4 permettent l'activation du lymphocyte.

Prescription des biothérapies.

Les biothérapies sont efficaces pour le traitement des dermatoses inflammatoires en freinant l'action du système immunitaire (inhibition des cytokines).

La multiplicité des biothérapies, apparues il y a plus de 20 ans, l'apparition des biosimilaires, la levée de la prescription initiale hospitalière, font émerger des difficultés liées à leur choix.

Les dermatoses concernées sont en premier lieu le psoriasis, suivi de la dermatite atopique, puis viennent l'urticaire chronique, l'hidradénite suppurée, le prurigo et enfin la pemphigoïde bulleuse.

Il faut pouvoir justifier la prescription à l'aide de l'un des scores existants.

Pour la dermatite atopique :

Un score basé sur le prurit ou sur les troubles du sommeil est simple à évaluer.

C'est un traitement de deuxième ligne, après échec, intolérance ou contre indication de la ciclosporine.

L'examen clinique élimine une infection évolutive, un avis ophtalmologique est demandé en cas de symptômes oculaires, les vaccinations doivent être mises à jour.

Il n'y a pas de bilan biologique pré-thérapeutique ni de suivi biologique.

Un déparasitage systématique est prôné par certains (association ivermectine-flubendazole).

Des larmes artificielles sont souvent prescrites en prévention des kérato-conjonctivites sous dupilumab.

Chez l'enfant, le dupilumab est autorisé à partir de l'âge de 6 mois.

L'injection de dupilumab étant douloureuse, un diffuseur pourra limiter cet inconvénient.

Pour le psoriasis :

Il s'agit là encore d'un traitement de deuxième ligne du psoriasis modéré à sévère de l'adulte, en cas d'échec d'un traitement systémique non biologique ou de la photothérapie.

Un score basé sur la surface corporelle atteinte (BSA > 10 %) ou la qualité de vie (DLQI > 10) sert à justifier le traitement.

Le bilan minimal concerne la recherche d'une infection par numération, sérologies HVB, HVC et HIV, d'une tuberculose par Quantiferon (pour être remboursable, la mention « pré-biothérapie » doit être mentionnée sur l'ordonnance) et radio pulmonaire.

Pour les anti-TNF, il est nécessaire d'éliminer une pathologie démyélinisante (sclérose en plaques) et d'éliminer les affections hématologiques, les néoplasies solides, les maladies auto-immunes évolutives, l'insuffisance cardiaque de grade 3-4 pour l'infliximab, la grossesse et l'allaitement, les vaccins vivants, l'immunodéficience.

Les vaccins doivent être mis à jour, en particulier contre le pneumocoque et le zona après 65 ans ; il ne faut pas initier une biothérapie dans les 4 semaines suivant l'administration d'un vaccin vivant.

Un Quantiferon positif signifie que le patient a été en contact avec le BK et qu'il existe un risque de réactivation tuberculeuse : un traitement antituberculeux préventif de 3 mois par l'association rifampicine-isoniazide (Rifinah®) est institué.

Le risque de tuberculose est beaucoup plus faible pour les biothérapies anti IL 17/23 que pour les anti-TNF.

Une sérologie HIV, HVB ou HVC positive ne contre-indique pas la biothérapie, à la condition que la charge virale soit nulle.

L'immunothérapie des cancers.

Elle a pour objectif de restaurer une immunité naturelle défaillante de façon à pouvoir lutter contre les cellules cancéreuses.

Dans la tumeur, la connexion prolongée entre le lymphocyte et la cellule tumorale finit par aboutir à une inactivation du lymphocyte en raison d'une interaction entre PD1 et PDL1.

Les anticorps anti PD1 empêchent cette interaction délétère en se fixant sur les récepteurs PD1 du lymphocyte.

Les anti CTLA4 agissent selon le même principe, dans le ganglion, empêchant l'inhibition du lymphocyte par la cellule dendritique.

Pour le mélanome stade IV, le traitement par anti PD1 peut être arrêté lorsqu'une réponse complète a été obtenue et que le traitement a duré au moins 6 mois.

En cas de réponse partielle, la durée conseillée du traitement par anti PD1 est de deux ans.

La surveillance après l'arrêt du traitement a lieu tous les 3 mois pendant 3 ans puis est espacée en fonction de la situation du patient.

Les traitements systémiques du mélanome ont beaucoup évolué depuis 2011, date avant laquelle n'étaient disponibles que les chimiothérapies. Sont apparues ensuite les immunothérapies et les thérapies ciblées avec des indications de plus en plus larges, allant du stade IV au stade IIB/C.

La stratégie thérapeutique s'est diversifiée avec l'usage des traitements, non plus seulement en adjuvant après la chirurgie, mais en néo-adjuvant.

Et pour un futur que l'on espère proche, un vaccin à ARN m est en cours d'évaluation.

La survie du mélanome métastatique était de 6 mois avant 2015, elle est maintenant supérieure à 6 ans, pouvant être prolongée à 10 ans, voire au-delà !

Les effets secondaires induits par l'immunothérapie sont variés, fréquents, pouvant être graves, d'autant plus à craindre en cas de combinaison de traitements. Au niveau cutané, ils sont précoces, fréquents, généralement peu sévères (prurit, rash, eczéma, psoriasis), à l'exception notable d'une pemphigoïde bulleuse.

Un effet secondaire cutané particulier est l'apparition d'un vitiligo, que l'on s'abstient de traiter car annonçant un meilleur pronostic du mélanome.

Un carcinome épidermoïde métastatique ou localement avancé bénéficiera lui aussi de l'immunothérapie anti PD1, traitement de première ligne dans ces cas. Il en est de même en cas de carcinome épidermoïde sur xeroderma pigmentosum.

Le mycosis fongoïde et le syndrome de Sézary peuvent être traités par le mogamulizumab qui est un anti CCR4.

En conclusion, l'immunothérapie est le traitement de première ligne des cancers cutanés métastatiques (mélanome, carcinome épidermoïde, carcinome de Merkel) et peut représenter une option pour le traitement du carcinome basocellulaire.

Messages clés

- Pas de bilan biologique pour le dupilumab.
- L'immunothérapie, traitement de première intention des cancers cutanés métastatiques ou localement avancés.

Questions de formation

Quelle est la réponse exacte ?

- A. Les biothérapies ont révolutionné le traitement du mélanome métastatique.

- B. Dans l'épiderme se trouvent des lymphocytes T.
- C. Un bilan préthérapeutique et un suivi biologique sont nécessaires pour le dupilumab.
- D. Une sérologie HIV, HVB ou HVC positive contre-indique la biothérapie.

Réponse exacte : B.

Quelle est la réponse exacte ?

- A. A. Le traitement par anti PD1 du mélanome métastatique doit être poursuivi sans limitation de durée.
- B. B. L'immunothérapie du mélanome ne s'adresse qu'aux stades IV et III.
- C. C. Les effets indésirables cutanés de l'immunothérapie sont fréquents mais dépourvus de gravité.
- D. D. L'immunothérapie est le traitement de première ligne du carcinome épidermoïde métastatique.

Réponse exacte : D.



ARTICLE 3 -URGENCES DERMATOLOGIQUES.

Docteur Camille HUA, dermatologue, Créteil.
Docteur Nancy HAJJAR, dermatologue, Créteil.
Docteur Rim TANNOUS, dermatologue, Créteil.
Docteur Patricia TRIFA, dermatologue, Créteil.
Docteur Audrey MELIN, dermatologue, Créteil.
Docteur Elsa HASSAN, dermatologue, Créteil.

Article rédigé par le Dr Yves ROUBEIX – Dermatologue.

Intro

Cet article passe en revue, au travers de cas cliniques, plusieurs situations urgentes en dermatologie.

Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)

Une femme de 67 ans avec antécédents de thrombose veineuse profonde surale gauche et d'embolie pulmonaire souffre depuis 4 mois de lésions infiltrées et profondes attribuées à un érythème noueux.

Depuis 4 jours, apparition de lésions douloureuses d'une hanche, devenant bulleuses et nécrotiques.

Les examens complémentaires montrent une élévation franche des D dimères et, à l'histologie, des thrombi intra vasculaires dermiques sans vascularite.

Il s'agit d'une nécrose cutanée.

Les causes des nécroses cutanées sont diverses :

- Infections (zona, ecthyma etc.),
- Vascularité thrombosantes (périartérite noueuse, maladie de Horton etc.),
- embols (embols de cholestérol, dermite livédoïde de Nicolau etc.),
- Thromboses sans vascularite (maladie de Buerger, calcinose, angiodermite nécrotique etc.),
- Facteurs exogènes (brûlures, gelures, médicaments injectables, toxicomanie etc.).

Chez cette patiente, un pic monoclonal IgG kappa est mis en évidence ainsi que des protéines C et S en quantité normale mais d'activité effondrée.

Après échec d'un traitement par Ig IV avec nouvelles zones de nécrose, thrombose veineuse profonde d'un membre supérieur et embolie pulmonaire, des échanges plasmatiques ont été réalisés mais sans effet positif sur les taux d'activité des protéines C et S.

C'est finalement le traitement du pic monoclonal qui a permis la cicatrisation cutanée et la normalisation des paramètres biologiques.

Une patiente de 60 ans a présenté des lésions cutanées ulcérées du pied droit, asymptomatique, suite à des piqûres d'insectes en Algérie. Ces lésions ont régressé spontanément puis ont récidivé quelques mois plus tard.

L'histologie montre la présence de granulomes dermiques avec cellules géantes, sans nécrose caséuse.

La PCR confirme le diagnostic de leishmaniose (*L. major*).

Le choix du traitement repose sur 4 critères : taille de la lésion, nombre de lésions, terrain immuno-compétent ou non, risque d'atteinte muqueuse nasale (*L. braziliensis/guyanensis*, *L. infantum*).

L'application de paromomycine a l'avantage d'être non douloureuse et faite par le patient à domicile.

En l'occurrence, un traitement par cryothérapie et glucantime intra-lésionnel a été prescrit.

Une dernière option thérapeutique est l'abstention, à discuter avec le patient.

Une femme de 80 ans, diabétique et hypertendue, se plaint d'une hyperesthésie du cuir chevelu et d'une baisse de l'acuité visuelle bilatérale.

L'examen ophtalmologique montre une légère rétinopathie et une cataracte.

Deux mois plus tard apparaissent deux zones de nécrose du cuir chevelu, sans fièvre.

Un nouvel examen ophtalmologique révèle la présence des occlusions vasculaires rétiniennes avec œdème.

Deux biopsies sont pratiquées, en bordure de l'ulcération et sur l'artère temporale, confirmant le diagnostic d'artérite à cellules géantes de Horton.

Cette affection atteint surtout la femme d'âge moyen 70 ans.

L'atteinte cutanée se manifeste par un érythème induré sans poulx de l'artère temporale, une rare et douloureuse nécrose du scalp, qui peut toucher aussi l'arête nasale ou la langue.

Le traitement, urgent, fait appel à la corticothérapie générale à forte dose.

Une femme de 39 ans se plaint d'une éruption très prurigineuse, insomnante, sur les quatre membres, sans notion de contagiosité, au cours d'un séjour en Guadeloupe.

Les anti-histaminiques sont sans effet.

Il s'agit d'un cas de larva migrans cutanée.

Les larves d'ankylostome se trouvent en impasse parasitaire chez l'homme ; issues des déjections des chiens et chats, elles contaminent par l'intermédiaire habituel du sable des plages.

Une femme de 51 ans est traitée pour un cancer du sein par carboplatine, paclitaxel et pembrolizumab.

Un rash cutané est apparu dès le premier cycle de traitement, se reproduisant à chaque cycle ultérieur malgré une prémédication par 20 mg de prednisone.

Lors du 3e cycle, l'éruption s'aggrave : bulles et décollements sur 30 % de la surface corporelle.

Le diagnostic retenu est celui de toxicité lichénoïde sévère au pembrolizumab.

L'évolution est rapidement favorable sous corticothérapie générale à 1 mg/kg et arrêt définitif du pembrolizumab D'autres anti PD1 peuvent être autorisés en fonction de la balance bénéfice/risque.

Les effets secondaires cutanés des inhibiteurs de checkpoint immunitaires sont fréquents, généralement à type d'érythème maculopapuleux ou d'éruption lichénoïde : ces réactions sont le plus souvent limitées et réagissent favorablement aux dermocorticoïdes.

Rarement, ce sont des dermatoses bulleuses sévères avec nécrolyse épidermique.

Une femme de 68 ans souffre d'une sensation de brûlure cutanée diffuse, rapidement suivie de l'apparition de bulles et pustules, débutant dans les plis axillaires et inguinaux et s'étendant ensuite au tronc et aux membres.

L'état général est conservé.

L'histologie objective un décollement sous la couche cornée et une exocytose de polynucléaires neutrophiles dans l'épiderme.

L'immunofluorescence directe est négative ainsi que le bilan auto-immun.

Le diagnostic retenu est celui d'une dermatose neutrophilique sous-cornée de Sneddon Wilkinson.

Cette affection touche principalement les femmes entre 50 et 75 ans, l'éruption est faite de pustules à hypopion de disposition fréquemment annulaire, surtout sur le tronc et dans les plis.

L'association à un myélome multiple ou à une gammapathie à IgA doit être recherchée.

Le traitement repose sur les dermocorticoïdes ou sur Disulone®.

Messages clés

- La maladie de Horton est une urgence ophtalmologique.
- Une toxidermie grave à un inhibiteur de checkpoint immunitaire contre-indique définitivement ce médicament.

Questions de formation

Quelle est la réponse exacte ?

- A. Le traitement d'une leishmaniose cutanée s'impose sans tarder.
- B. Certaines leishmanioses cutanées comportent aussi une atteinte muqueuse nasale.
- C. La maladie de Horton se manifeste le plus souvent par une nécrose cutanée du scalp.
- D. Les effets secondaires cutanés des anti PD1 sont fréquents et le plus souvent graves.

Quelle est la réponse exacte ?

- A. Les anti-histaminiques sont rapidement efficaces sur le prurit du larva migrans.
- B. La pustulose sous cornée de Sneddon Wilkinson peut révéler un myélome multiple.
- C. Le diagnostic de leishmaniose se fait par les cultures.
- D. La contagiosité du larva migrans est interhumaine.



ARTICLE 4 - LES ESSENTIELS DE LA DERMATO-ALLERGOLOGIE DE CONTACT AU CABINET.

Docteur Antoine BADAOU, dermatologue, Saint Mandé.
Docteur Justine PASTEUR, dermatologue, Clermont-Ferrand.
Docteur Nadia RAISON-PEYRON, dermatologue, Montpellier.
Docteur Florence HACARD, dermatologue, Lyon.
Docteur Aude CLEMENT, dermatologue, Clermont-Ferrand.
Docteur Tullia DE RISI PUGLIESE, dermatologue, Paris.

Article rédigé par le Dr Yves ROUBEIX – Dermatologue.

Intro

Pourquoi ne pas se lancer dans la pratique des patch tests ? Vous trouverez dans cet article les conseils de ceux qui ont franchi le pas, ainsi que les pièges à éviter et les dernières nouveautés en matière d'allergènes.

Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)

Pourquoi faire des patch tests au cabinet ?

- Plusieurs arguments plaident en cette faveur et en particulier l'existence d'un réel besoin pour un acte assez peu réalisé.
- Une formation spécialisée est nécessaire : DES d'allergologie ou, pour un dermatologue, capacité d'allergologie.
- Cette activité spécialisée étant développée, il deviendra possible d'explorer les eczémas réfractaires et de prendre en charge de manière globale certains cas de dermatite atopique de topographie inhabituelle ou encore avant l'introduction d'un traitement systémique.

C'est lors de la première consultation que sera posé le diagnostic d'eczéma et que seront éliminés un psoriasis devant une atteinte palmo-plantaire, une dermatophytie, un mycosis fongoïde du sujet âgé, voire une dermatomyosite en cas de localisation palpébrale.

Un interrogatoire policier recherchant des facteurs contacts, directs, aéroportés, manuportés, et s'enquérant de la profession, d'une éventuelle rythmicité par rapport au travail, de la pratique de loisirs, notamment créatifs.

Le traitement local sera adapté et optimisé et un traitement systémique discuté avant de pouvoir tester.

Une fiche d'information est alors délivrée au patient (fiche du groupe DAG disponible sur le site de la SFD).

- Recommandations avant les tests :
 - Il faut obtenir un bon état de la peau du dos pour pouvoir interpréter les tests.
 - Éviter les patch tests en cas d'eczéma diffus en raison du risque d'intolérance ou d'aggravation de la poussée.

- Les dermo-corticoïdes seront arrêtés 7 jours avant.
 - Les anti H1 doivent être arrêtés si des prick tests sont également prévus, dans le cadre de l'exploration d'une urticaire provoquée.
 - 3 rendez-vous sont à prévoir sur 5 jours : pose à J0, première lecture à J2-J3, deuxième lecture à J3-J4, une éventuelle lecture tardive (dermo-corticoïdes) à J7 pouvant se faire sur photo.
 - Le patient doit éviter le sport et la transpiration, de prendre douches et bains.
 - Il apportera les produits utilisés avec si possible la liste de leurs ingrédients.
 - L'enquête étiologique pourra progresser en pratiquant des tests d'éviction des produits suspects ou par des tests d'application répétée pendant 15 jours sur les avant-bras.
- Toujours lors de la première consultation aura lieu une mise au point sur les traitements en cours : les immuno-suppresseurs, responsables de faux négatifs, seront suspendus dans la mesure du possible, la dose de prednisone devrait ne pas excéder 10 mg/jour. Quant au Dupixent®, il peut être continué nonobstant quelques faux négatifs possibles.
 - L'interprétation des résultats peut être rendue difficile par l'irritation en cas de dilution insuffisante des produits apportés ou par une réaction inflammatoire diffuse connue sous le nom d'angry back.
 - La pertinence d'un test positif demande à être évaluée : explique-t-il l'eczéma, cette pertinence est-elle actuelle ou ancienne ?

Les tests cutanés en pratique :

- La batterie standard européenne comporte les 32 allergènes les plus souvent rencontrés : métaux, conservateurs, plantes et parfums, composants du caoutchouc, colles, colorants, substances médicamenteuses. Elle est régulièrement actualisée et complétée : en 2023 y ont fait leur entrée le métabisulfite de sodium, la benzisothiazolinone et le décyl glucoside.
- De nombreuses batteries spécifiques, fonction du contexte, viennent la compléter, telles par exemple les batteries cosmétiques, coiffure, boulangerie, dentisterie, acrylates, plastiques et colles, époxy, huiles industrielles, filtres solaires (photo-allergie) etc.
- Les tests eux-mêmes sont de différents types :
 - Tests occlusifs.
 - Tests semi-ouverts pour les produits apportés par le patient, après avoir vérifié que leur pH est compris entre 4 et 7 et dilués si besoin, permettant d'éviter les réactions d'irritation.
 - Tests ouverts (open tests), de pénétration moindre.
 - Tests d'usage.
 - ROAT test ou test d'application répétée.
 - GRAT ou test d'application répétée aux gants.
 - Photopatch tests en cas de suspicion d'une photo-allergie.

Les produits apportés par le patient.

- Pourquoi les tester ? Parce que les batteries du commerce ne peuvent contenir tous les allergènes, en constante évolution.
- Il faut parfois faire un tri parmi la multitude de produits apportés...
- Les produits non rincés sont testés non dilués, ceux qui sont rincés ou utilisés sur les phanères sont testés en semi-ouvert, les huiles essentielles sont diluées à 2 ou 5%.
- Les médicaments topiques sont testés tels quels, les collyres en ROAT.
- Les accessoires vestimentaires ou de loisirs sont découpés et testés dans leurs différentes couches.
- Les produits professionnels sont testés en semi-ouvert si leur pH est compris entre 4 et 10 et en l'absence de pictogrammes de mise en garde. Il faut refuser de tester un produit sans emballage ou sans fiche de sécurité.
- Les plantes sont testées dans toute leur partie mais avec prudence car souvent irritantes, après avoir été identifiées.
- Les urticaires peuvent être explorées par des tests ouverts, lus après 30 minutes, ou par des prick tests.

Nouvelles sources d'exposition.

- Les isothiazolinones sont des conservateurs trouvés dans de nombreux produits du quotidien, cosmétiques, shampoings, détergents, peintures mais aussi dans le matériel connecté (casque audio sans fil), dans le slime, ou pâte à prout, qu'affectionnent les enfants, dans les gants à usage unique.
- Les résines époxy, bien connues dans le domaine professionnel (bâtiment, aéronautique, peintures...) concernent désormais les activités de loisirs, tel le cosplay, et les imprimantes 3D.
- Le sodium métabisulfite est l'allergène de l'année 2024, trouvé dans des cosmétiques, l'industrie alimentaire voire des produits pharmaceutiques (crème Kétoderm®, gants caoutchouc à usage unique).
- La colophane est obtenue de la térébenthine, récoltée à partir d'arbres résineux. Elle sert à coller et imperméabiliser et peut être rencontrée dans des articles de sport, des instruments à corde, des capteurs de glycémie et pompes à insuline ou dans des pansements (Combiderm®).
- Les acrylates ne sont plus l'apanage du monde professionnel et sont trouvés dans le domaine de l'onglerie (faux ongles, gel unguéal, vernis semi-permanent), dans des protections hygiéniques, des airpods, des dispositifs médicaux pour le diabète, des brassards à tension. Les colles cyano-acryliques sont utilisées en chirurgie (Leukosan®, Dermabond®), pour les faux cils, faux ongles, extensions de cheveux et par le grand public comme colles à prise rapide (SuperGlue®).
- Le persulfate d'ammonium est d'actualité, utilisé en traitement choc des eaux de piscines et de spas. L'eczéma qui en résulte peut affecter un mode nummulaire. Les persulfates, allergisants et irritants, sont connus comme agents de décoloration capillaire et fixateur de permanentes, nettoyants des prothèses dentaires, utilisés dans les industries chimiques, pharmaceutique, textile, métallurgique...

- L'étain est le nouvel allergène des dentifrices (Sensodyne®) : stannous fluoride.
- Le diméthylfumarate est un allergène récent des « sofa dermatitis », le chrome et le cobalt étant déjà connus. Il est trouvé dans certains cuirs de canapés et de chaussures.

Messages clés

- Le caractère contraignant des patch tests nécessite information, consentement et coopération du patient.
- Ne pas tester un produit professionnel sans emballage ni fiche de sécurité.

Questions de formation

QCM 1.

Quelle est la réponse exacte ?

- A. L'allergie aux résines époxy est toujours professionnelle.
- B. Le sodium métabisulfite, allergène de l'année 2024, peut être trouvé dans des crèmes médicamenteuses.
- C. L'utilisation des isothiazolinones est maintenant totalement interdite pour les produits cosmétiques.
- D. Les prick tests sont le seul procédé d'exploration d'une urticaire.

QCM 2.

Quelle est la réponse exacte ?

- A. La batterie standard européenne comporte plus de 50 allergènes.
- B. Tous les produits professionnels peuvent être testés après accord du patient.
- C. Après pose des patch tests, une seule lecture est prévue à J2-J3.
- D. Les dermo-corticoïdes doivent être arrêtés 7 jours avant les tests.



ARTICLE 5 - URTICAIRE : ALLEZ PLUS LOIN

Professeur Joachim FLUHR, dermatologue, Berlin.

Professeur Angèle SORIA, dermatologue, Paris.

Professeur Laurent MISERY, dermatologue, Brest.

Article rédigé par le Dr Yves ROUBEIX – Dermatologue.

Intro

Cet exposé fait le point sur les différentes catégories d'urticaires, aiguë ou chronique, spontanée ou inducible, superficielle ou profonde, et sur leur traitement.

Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)

Classification physiopathologique de l'urticaire chronique spontanée.

Les signes cliniques de l'urticaire, prurit, érythème, œdème, infiltrat, sont la conséquence de la dégranulation des mastocytes.

À la surface du mastocyte se trouve un récepteur $Fc\epsilon RI$ sur lequel se fixent des anticorps IgE ou IgG : ainsi sont distingués les types I et IIb.

Les patients du type I ont un chiffre d'IgE élevé et souvent des IgE anti thyroperoxydase (TPO).

Ils bénéficient de l'omalizumab.

Les IgE anti TPO et la TPO dégranulent les mastocytes.

Les patients du type IIb ont un faible chiffre d'IgE et ne répondent pas à l'omalizumab.

Ce sont des IgG qui interviennent, IgG anti IgE ou anti- $Fc\epsilon RI$.

Classification de l'urticaire selon la durée.

- L'urticaire aiguë est faite de poussées, superficielles et/ou profondes pendant moins de 6 semaines.
- L'urticaire chronique comporte des poussées, une à plusieurs fois par semaine, pendant plus de 6 semaines.
- L'urticaire aiguë intermittente ou récurrente se définit par des poussées au long cours mais pas assez fréquentes pour être qualifiée de chronique.

Classification de l'urticaire chronique selon le facteur déclenchant.

- Les poussées de l'urticaire chronique spontanée n'ont pas de facteur déclenchant identifié.
- L'urticaire chronique inducible est déclenchée par divers facteurs : froid, pression, friction, vibrations, soleil, contact, chaleur...

Classification de l'urticaire chronique selon la forme.

- L'urticaire superficielle comporte des papules œdémateuses, ortiées, érythémateuses, à bordure nette, de taille allant de quelques millimètres à plusieurs centimètres, avec donc un polymorphisme lésionnel.
- Les éléments constamment retrouvés sont le prurit, le caractère fugace des lésions et l'absence de lésions de grattage.

- Avant de déclarer l'échec du traitement, il convient de confirmer le diagnostic d'urticaire par un nouvel examen clinique et un bilan biologique a minima, orienté par la clinique, d'identifier et éliminer d'éventuels facteurs aggravants médicamenteux (AINS), physiques (froid, pression), alimentaires (en sachant qu'aucun régime restrictif n'est validé). Il faut aussi vérifier l'observance, première cause d'échec : le traitement doit être pris en continu, y compris en dehors des poussées !
- Parmi les diagnostics différentiels, citons les vascularites urticariennes, les syndromes de Well's et de Schnitzler, la maladie de Still : ils seront suspectés devant des lésions fixes, maculeuses et non papuleuses, non migratrices, peu ou pas prurigineuses, accompagnées de signes généraux (fièvre) et d'atteintes extra-cutanées (articulaires).
- L'urticaire profonde réalise l'angio-oedème mastocytaire non allergique.
- Il s'agit d'un œdème blanc ou rosé, plus douloureux que prurigineux, touchant de préférence lèvres, paupières, organes génitaux externes, paumes, plantes, voire langue, muqueuse buccale ou pharyngée.
- Son apparition est brutale et sa durée courte, 24 à 48 heures.
- Son diagnostic est évoqué devant sa faible durée, l'efficacité des anti histaminiques antiH1 à bonne dose (1 à 4 comprimés par jour), son association fréquente à une urticaire superficielle, le fait qu'il soit plus fréquent que l'angio-oedème mastocytaire allergique et qu'il ne soit jamais asphyxiant.
- Ses facteurs favorisants sont les mêmes que ceux de l'urticaire superficielle : infectieux (virus, bactéries, parasites) ou médicamenteux (par un mécanisme pharmacologique et non pas allergique : AINS, aspirine, pénicillines). Aucun facteur déclenchant n'étant parfois retrouvé.

L'urticaire chronique inductible.

- Son diagnostic positif est souvent déjà fait par le patient lui-même !
- Devant toute urticaire chronique, il faut chercher un facteur déclenchant.
- Les facteurs déclenchants peuvent être le soleil, la friction (dermographisme), la sueur, les vibrations, l'effort physique, stress, pression (urticaire retardée à la pression), l'eau (urticaire aquagénique), un contact et enfin le froid.
- L'urticaire au froid comporte plusieurs grades de sévérité, depuis la forme localisée, avec ou sans angio-oedème, jusqu'à la forme d'urticaire généralisée parfois compliquée d'hypotension, choc, perte de connaissance, responsable de noyades.
- Les tests de provocation sont utiles au diagnostic, même si leur éventuelle négativité n'exclut pas le diagnostic : fric test pour le dermographisme, photo patch tests pour l'urticaire solaire, temp test pour l'urticaire au froid (qui permet de déterminer le seuil de déclenchement et donc préférable au traditionnel glaçon sous plastique).

Traitement de l'urticaire.

1. Devant une urticaire chronique spontanée :
 - En première intention, les anti histaminiques anti H1, à la dose d'1 comprimé par jour, de même pour l'enfant de moins de 12 ans et la femme enceinte.

- En deuxième intention, les doses d'anti histaminiques sont augmentées, jusqu'à 4 comprimés par jour, y compris chez l'enfant. Chez la femme enceinte, un avis spécialisé est requis.
- En troisième intention, l'omalizumab est introduit à la dose de 300 mg tous les mois, au long cours. Il est préféré à la ciclosporine, utilisable pendant 6 mois au plus et en l'absence de contre-indication. Pour l'enfant et la femme enceinte, demander un avis spécialisé.

À proscrire :

- Les anti histaminiques anti H2.
- Les corticoïdes par voie systémique.
- Le recours systématique à la psychothérapie.
- Les régimes alimentaires systématiques.

Conseils au patient :

- Éviter les AINS.
 - Limiter la température de la douche et autres sources de chaleur.
 - Prévenir les états inflammatoires ORL et dentaires.
 - Parfois, la psychothérapie.
 - Évolution
 - 50% des urticaires chroniques spontanées guérissent dans les 6 mois et 70% en moins de 3 ans.
2. Devant une urticaire aiguë :
- Si non allergique, anti histaminiques anti H1.
 - Si allergique, éviction totale de l'allergène, anti histaminiques anti H1.

En cas de choc anaphylactique, adrénaline IM en urgence.

- Dans tous les cas, il n'y a jamais d'indication pour les corticoïdes.

Messages clés

- Les corticoïdes ne sont jamais indiqués dans l'urticaire, chronique ou aiguë, allergique ou non, avec ou sans signe de gravité.
- L'omalizumab est un traitement de 3e intention, à suivre sans limitation de durée.

Questions de formation

QCM 1.

Quelle est la réponse exacte ?

- A. En cas d'urticaire généralisée avec choc anaphylactique, il faut injecter en urgence des corticoïdes.
- B. Le traitement de 3e intention de l'urticaire chronique spontanée repose uniquement sur la ciclosporine.
- C. L'urticaire au froid peut être responsable de noyade.

D. D. L'angio-oedème mastocytaire non allergique, à localisation laryngée, comporte un risque important d'asphyxie.

QCM 2.

Quelle est la réponse exacte ?

- A. La première cause d'échec du traitement dans l'urticaire chronique spontanée est la mauvaise observance.
- B. Certains cas d'urticaire chronique inductible sont d'origine allergique.
- C. C. L'urticaire chronique est définie par des poussées, une à plusieurs fois par mois, pendant plus de 6 mois.
- D. Les patients qui ont un chiffre élevé d'IgE sont de mauvais répondeurs à l'omalizumab.



ARTICLE 6 - LUMIÈRE SUR LA FEMME ET SON PSORIASIS : IMPACTS ET DIFFÉRENTES ATTEINTES.

Professeur Carle PAUL, dermatologue, Toulouse.

Professeur Marie BEYLOT-BARRY, dermatologue, Bordeaux.

Docteur Sandra LY, dermatologue, Bordeaux.

Docteur Inès ZARAA, dermatologue, Paris.

Article rédigé par le Dr Yves ROUBEIX – Dermatologue.

Intro

Les particularités liées au psoriasis féminin concernent certaines inégalités de traitement, la problématique de la grossesse et de la fertilité, un impact plus important que chez l'homme et enfin le retentissement de la localisation unguéale.

Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)

La femme est exposée à des inégalités devant la maladie à cause de biais inconscients pouvant générer discrimination et stigmatisation.

Ces biais sont influencés par de multiples facteurs tels l'apparence physique, l'âge, l'origine ethnique, l'orientation sexuelle, les capacités physiques ou mentales, la religion.

C'est ainsi qu'une étude européenne a montré qu'une femme a moins de chance de bénéficier de soins de réanimation qu'un homme, à situation pathologique équivalente.

Aux USA, une femme psoriasique a moins de chances qu'un homme de recevoir une biothérapie.

Dans les études cliniques, les femmes sont sous-représentées par rapport aux hommes.

Pour les femmes en âge de procréer, la décision médicale partagée entre dermatologues et rhumatologues est plus difficile à établir.

Psoriasis, grossesse, fertilité...

Le psoriasis dans la vie d'une femme est aussi souvent le psoriasis dans la vie d'un couple, atteignant volontiers de jeunes adultes et pouvant impacter le désir de conception.

Cette dimension, associée au fait qu'une grossesse sur deux n'est pas planifiée, doit être intégrée dans le vaste choix thérapeutique actuel.

Les femmes enceintes ou sans contraception sont exclues des essais cliniques : aucune biothérapie n'a d'autorisation explicite pendant la grossesse, ce qui rend compte de l'importance des données de pharmacovigilance et des registres.

Le désir de conception de la patiente doit être évoqué et surtout anticipé : en améliorant ses connaissances, le praticien peut délivrer une information adaptée et permettre une prise de décision partagée.

Une autre difficulté est liée au fait que des incertitudes persistent pour de nombreux dermatologues : balance bénéfique/risque, durée de la période à

risque variant selon le médicament, discordances entre les RCP et le CRAT (Centre de référence sur les agents tératogènes), non-actualisation des recommandations : ce qui peut aboutir au fait de reporter la décision sur le gynécologue/obstétricien.

Nombreuses sont les questions qui sont posées :

Le psoriasis et ses traitements ont-ils un impact sur la fertilité ?

Oui, le psoriasis diminue le taux de fertilité chez les femmes psoriasiques, surtout en cas de forme modérée à sévère. Les comorbidités du psoriasis, l'altération de l'image de soi et l'impact de l'incertitude sur le psoriasis et ses traitements en sont probablement responsables.

Non, les traitements dans leur majorité n'ont pas d'impact sur la fertilité, particulièrement les biologiques.

Comment intégrer le souhait de grossesse dans le choix du traitement ?

Commencer par aborder le sujet ! Tout dépend de savoir dans quel délai une grossesse est désirée, de la tératogénicité et du passage trans placentaire.

- Acitrétine = non absolu !
- Méthotrexate, aprémilast, deucravacitinib : à éviter en cas de souhait de grossesse prochaine.
- Ciclosporine : possible théoriquement.
- Biologiques : possibles, en privilégiant le certolizumab pour une grossesse à court terme.

Et la contraception ?

- Méthotrexate : oui, pendant et jusqu'à la fin du cycle en cours, sans omettre une supplémentation en acide folique jusqu'à la fin du premier trimestre quand le méthotrexate a été arrêté avant la conception.

Chez l'homme, il faut éviter une conception pendant la durée du traitement et les 3 mois suivant son arrêt.

- Ciclosporine : pas nécessaire.
- Biologiques : contraception recommandée pendant la durée du traitement et pendant un nombre variable de semaines après l'arrêt. Cependant, sachant que les biologiques ne passent pas la barrière placentaire en début de grossesse, l'absence de contraception ne doit pas être un obstacle absolu à l'instauration du traitement.

Une grossesse survient ! Que faire ?

En l'absence d'information préalable, soit la patiente arrête le traitement et une poussée de psoriasis risque de se produire, soit elle continue le traitement.

Deux périodes sont à distinguer : 1er et 2e trimestres d'une part, 3e trimestre et naissance d'autre part.

Il faut discuter de la balance bénéfice-risque avec la patiente et ne pas se laisser angoisser par les informations des RCP du Vidal.

- Sous méthotrexate : arrêt du traitement, pas d'interruption systématique de grossesse (ITG), surveillance échographique rapprochée.

Chez l'homme, les données sont rassurantes, une surveillance échographique de la grossesse est envisagée, l'usage d'un préservatif pendant les 24h suivant la prise est recommandé.

- Sous aprémilast : arrêt du traitement, pas d'ITG.
- Sous ciclosporine : peut être continuée mais avec vigilance (HTA, éclampsie, diabète gestationnel, prématurité, petit poids de naissance).
- Sous biothérapies : aucune d'elles ne passe le placenta pendant le premier trimestre. L'expérience des grossesses sous biothérapies chez les femmes atteintes de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin a montré que ces produits ne sont pas tératogènes. Il faut savoir discuter et rassurer.

Quel est l'impact du psoriasis sur le déroulement de la grossesse ?

- Pas de sur risque de malformation.
- Impact d'éventuelles comorbidités et du tabagisme.
- Possible retard intra-utérin et petit poids de naissance.

Quel est l'impact de la grossesse sur le psoriasis ?

Imprévisible, il faut donc se préparer à adapter le traitement pendant la grossesse.

Une poussée en post-partum concerne la moitié des femmes.

Et en cas de poussée de psoriasis pendant la grossesse ?

Soins locaux, photothérapie UVB avec supplémentation en acide folique, ciclosporine, certolizumab à privilégier.

Quand l'enfant est né...

S'il a été exposé aux biologiques pendant la grossesse, il faut adapter le calendrier vaccinal, en particulier les vaccins vivants atténués, en fonction de la date de la dernière dose.

L'allaitement :

- Méthotrexate : possible mais pas le jour de la prise du médicament.
- Ciclosporine : théoriquement possible, surveiller le taux chez l'enfant.
- Aprémilast, deucravacitinib : contre-indiqué.
- Biologiques : possible pour tous.

Psoriasis et atteinte génitale.

La localisation génitale est fréquente au cours du psoriasis, souvent méconnue car non recherchée par le dermatologue.

Les hommes sont plus souvent atteints mais les femmes sont plus souvent symptomatiques : prurit en premier lieu, brûlures, dyspareunie, et l'impact sur la qualité de vie sexuelle est significatif.

La localisation muqueuse, c'est-à-dire vestibulaire, du psoriasis n'a jamais été rapportée et une biopsie est souhaitable en ce cas.

Les diagnostics différentiels du psoriasis vulvaire comportent les autres dermatoses inflammatoires comme la dermite atopique, les lichénifications,

candidoses, dermatophyties, infections strepto- ou staphylococciques, néoplasie intra-épithéliale HPV induite.

Ne pas hésiter à prélever avant de biopsier.

Le traitement du psoriasis génital isolé repose sur les dermocorticoïdes forts ou très forts, en évitant l'association avec le calcipotriol parfois source d'ulcérations.

Dans le cadre d'un psoriasis génital avec psoriasis extra-génital modéré à sévère, le méthotrexate est proposé en première ligne, puis les biothérapies.

L'ixekizumab, anti IL 17, et le guselkumab, anti IL 23, ont démontré une bonne efficacité, une amélioration de la qualité de vie sexuelle ainsi qu'une tolérance satisfaisante, hormis quelques candidoses propres aux anti IL 17.

L'aprémilast s'est montré efficace mais au prix d'effets secondaires assez fréquents.

Jusqu'au bout des ongles !

L'atteinte unguéale du psoriasis a ceci de particulier qu'aucun de ses signes n'est vraiment pathognomonique.

Cette localisation, fréquente, est un marqueur d'atteinte articulaire et a un fort impact sur les plans fonctionnel et de la qualité de vie.

Il existe un lien anatomique très étroit entre les unités unguéale et articulaire, ce qui pourrait permettre de développer le concept d'onxycho-enthésite.

Il est important de prévenir, dépister et traiter au plus tôt l'atteinte articulaire avant son évolution érosive et destructrice.

Les biothérapies sont très efficaces sur l'atteinte psoriasique des ongles, que l'on préfère dénommer comme localisation à fort impact plutôt que comme localisation difficile, même si les ongles répondent plus lentement que la peau. Le traitement de première intention est le méthotrexate, les biologiques, anti IL 17 ou 23, étant prescrits en deuxième ligne.

En pratique, le choix du traitement dépend du nombre d'ongles atteint, l'importance d'autres localisations, l'aspect clinique (atteinte du lit ou de la matrice), l'évolutivité de la maladie, l'âge, les antécédents et l'existence de signes articulaires.

Il est parallèlement indispensable d'agir localement en découpant toute l'onxycholyse.

Messages clés

- L'atteinte des ongles est souvent prédictive de l'atteinte articulaire.
- Les biothérapies ne passent pas la barrière placentaire pendant le premier trimestre de la grossesse.

Questions de formation

QCM 1.

Quelle est la réponse exacte ?

- A. Le psoriasis génital a un impact négatif sur la fertilité.
- B. La contraception n'est pas utile sous biothérapie.
- C. Le traitement local du psoriasis vulvaire repose sur l'association bêtaméthasone-calcipotriol.
- D. La localisation muqueuse, vestibulaire, du psoriasis est fréquente.

QCM 2.

Quelle est la réponse exacte ?

- A. Les signes de l'atteinte unguéale psoriasique sont pathognomoniques.
- B. Un traitement précoce de l'atteinte unguéale peut prévenir l'apparition d'un rhumatisme.
- C. L'allaitement est impossible sous méthotrexate et biothérapies.
- D. D. Pas de précaution particulière à prendre chez le nouveau-né exposé aux biothérapies pendant la grossesse.



ARTICLE 7 - LES VULVODYNIES : MIEUX LES COMPRENDRE POUR AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE.

Docteur Fabien PELLETIER, dermatologue, Besançon.

Docteur Sophie WYLOMANSKI, gynécologue, Paris.

Madame Alexandra STULZ, psychologue clinicienne, Paris.

Article rédigé par le Dr Yves ROUBEIX – Dermatologue.

Intro

Les vulvodynies sont multiples, réunies par un point commun, la douleur chronique.

Leur prise en charge est multidisciplinaire, associant le dermatologue, le gynécologue et le psychologue.

Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)

Rappel sur la terminologie et la classification des vulvodynies.

Définition : douleur présente depuis au moins trois mois, sans cause identifiable, avec présence potentielle de facteurs associés.

Douleur pouvant être localisée au vestibule (vestibulodynie), au clitoris (clitorodynie), ou généralisée à toute la vulve.

Douleur pouvant être spontanée ou provoquée.

La vulvodynie est primaire ou secondaire, ce qui a une incidence sur la prise en charge thérapeutique.

La temporalité de la douleur doit être appréciée, intermittente ou persistante, immédiate ou retardée après un contact déclenchant.

La vulvodynie est donc un syndrome multifactoriel comportant en outre un certain nombre de facteurs psychosociaux.

Les principaux mécanismes sont : irritation, inflammation, infections, facteurs hormonaux, hypertonie musculaire des muscles du plancher pelvien, sensibilisation périphérique, sensibilisation centrale, prédisposition génétique.

Il existe des troubles de la sensibilité avec augmentation de la perception douloureuse et neuroprolifération locale, une altération de la perception centrale de la douleur comme dans le syndrome du côlon irritable, la fibromyalgie ou la cystite interstitielle.

Le microbiote vaginal est altéré, avec diminution de sa diversité et présence dominante de *Lactobacillus gasseri*. Cette dysbiose conduit à l'inflammation.

Il a été aussi observé un lien avec les candidoses récurrentes.

Les contraceptifs oraux augmenteraient le risque de développer une vulvodynie.

La vulvodynie sur le plan clinique.

- L'interrogatoire s'enquiert de la durée des symptômes douloureux, supérieure à trois mois.

Il faut préciser le type de la douleur, brûlures le plus souvent, prurit, pesanteur... et son rythme, et enfin déterminer si elle est secondaire ou primaire. Un facteur déclenchant est recherché, infection, accouchement, rapport sexuel...

Ainsi sont distingués deux tableaux cliniques :

- Les vulvodynies provoquées par un stimulus local : les plus fréquentes, souvent chez une femme jeune nullipare, avec une douleur persistant souvent plusieurs heures après le contact déclencheur. Aucun contact local n'est supporté : doigts, tampons, produits d'hygiène, topiques, bicyclette, équitation, vêtements serrés.
- Les vulvodynies spontanées généralisées concernent des femmes plus âgées et sont à type d'inconfort chronique de toute la vulve, voire de la région anale, permanente toute la journée et disparaissant pendant le sommeil.

L'interrogatoire recherche encore des antécédents de dermatoses infectieuses (herpès, candidoses, vaginoses), de maladies douloureuses chroniques (endométriose, fibromyalgie), de maladies auto-immunes, d'état dépressif, de violences.

Les antécédents chirurgicaux et obstétricaux sont renseignés ainsi que d'éventuelles psychothérapies ou prises médicamenteuses.

Il faudra s'informer d'éventuels traitements antérieurs et de l'existence de douleurs associées ou d'autres troubles fonctionnels.

Évaluer enfin les répercussions sur la qualité de vie et la sexualité.

L'existence d'une comorbidité, qu'il faut rechercher, a une valeur d'orientation et de pronostic : cystalgie à urines claires, syndrome de fatigue chronique, fibromyalgie, dépression, syndrome du côlon irritable, migraines...

L'examen clinique de la vulve doit être minutieux afin d'éliminer les autres causes de douleurs vulvaires chroniques : lichen plan, lichen scléreux, psoriasis mais aussi une lésion précancéreuse ou un carcinome épidermoïde, un kyste de la glande de Bartholin, une fistule ano-vulvaire, une névralgie pudendale, les diverses brides et fissures, une candidose. La vulvodynie est un diagnostic d'exclusion.

Un prélèvement vulvaire pourra être pratiqué et, en cas de point d'appel clinique, une biopsie.

Un test au coton-tige permet d'évaluer la douleur provoquée et un toucher vaginal, le tonus musculaire.

Les modalités thérapeutiques varient en fonction des tableaux cliniques réalisés et sont adaptées à chaque cas.

- Les traitements locaux font appel aux anesthésiques locaux en deux applications quotidiennes : lidocaïne à 10 % sous forme de gel ou en préparation, ou amitriptyline en crème à 10 ou 15 %.
- Une rééducation périnéale sera proposée en première intention, une psychothérapie sous diverses formes peut également être indiquée.

- Par voie générale, si nécessaire, on utilise en première intention l'amitriptyline (Laroxyl®), puis la gabapentine (Neurontin®) ou la prégabaline (Lyrica®).
- En tout dernier recours, une vestibulectomie pourrait être envisagée.

La vulvodynie vue par le psychologue.

Les plaintes couramment émises par les patientes concernent leur sexualité et sont associées à l'altération de leur qualité de vie, un retentissement psychosocial, une atteinte plus ou moins grande de l'estime de soi et un questionnement identitaire.

Ce qui aboutit à une détresse morale parfois importante.

Une cause organique doit être éliminée en premier lieu.

Une des difficultés liées à la douleur est l'anticipation négative des contacts sexuels et de la douleur.

Les causes psychosomatiques sont multiples :

- Post-partum, post-intervention chirurgicale, vécu de la ménopause.
- Mycoses à répétition.
- Défense contre une angoisse de la pénétration, de la maternité.
- Refus inconscient de la pénétration ou peur du sexe masculin.
- Manifestation corporelle d'un désintérêt sexuel.

Les causes psychologiques sont elles aussi multiples :

- Symptôme plus convenable que l'absence de désir dans notre société hypersexualisée.
- Problématique psycho-sexuelle liée au développement de la sexualité pendant l'enfance et l'adolescence (dégoût des organes génitaux, milieu socio-familial très strict et rigide, image effrayante de la pénétration, ignorance du schéma corporel).
- Insatisfaction liée à une dysfonction sexuelle masculine, loyauté envers le partenaire.
- Dynamique conjugale problématique.
- État dépressif.
- Traumatismes, qu'ils soient sexuels ou non, volontaires ou non.

Les profils des patientes diffèrent selon que leur vulvodynie est primaire ou secondaire.

En cas de vulvodynie primaire :

- Une inhibition globale est très souvent constatée avec peur de tout ce qui touche au corps.
- Ignorance du corps et non exploration.
- Grand sentiment de culpabilité associée à de la honte et de la détresse.
- Parfois, difficultés identitaires et psychologiques, influencées par les normes sociales de sexualité et de féminité.
- Mises en place de nombreuses stratégies d'évitement, d'opposition, intellectualisation.

- Couples souvent trop bien assortis : homme gentil, doux, peu intrusif.

Un accompagnement est nécessaire pour ces femmes.

Il faut entendre leur douleur, les croire et penser avec elles leur sexualité.

Notre société, qui est portée sur une sexualité performante et pénétrative, génère sentiment de honte et de culpabilité. Elle empêche aussi de trouver des alternatives si les patientes ou les couples restent centrés sur cette vision pénétrative de la sexualité.

Thérapies non médicamenteuses et sexothérapies.

- Il est important de fournir une explication psycho-physiologique du phénomène douloureux chronique.

On recherche les facteurs qui favorisent la douleur (anxiété, peur d'avoir mal), les conséquences aux plans psychologiques, sexuels, relationnels.

On travaille sur la perception de la pénétration et les alternatives.

Le plan thérapeutique proposé se doit de rendre la femme, ou le couple, active dans la lutte contre la douleur.

Il faudra soulager le symptôme « insatisfaction sexuelle », penser que ce symptôme peut avoir une fonction.

Enfin, on évaluera les potentialités au changement et vérifiera l'adhésion à ce qui est proposé.

- Thérapies psycho- ou sexo-corporelles : relaxation, hypnose éventuellement associée à une rééducation périnéale, méditation de pleine conscience, déconditionnement du réflexe de défense vulvaire.
- Thérapies cognitivo-comportementales : établissement d'un but, focalisation sur la résolution du problème, processus éducatif, sensate focus (exercices pour accroître la sensibilisation aux sensations, favoriser l'amélioration des compétences, amplifier les niveaux de désir et d'amour).
- Thérapies systémiques : qui s'intéressent aux liens entre les problèmes conjugaux et les dysfonctions sexuelles. C'est un travail sur le couple et avec le couple, jamais avec la femme seule.
- Thérapies psychanalytiques : qui utilisent surtout l'imaginaire en élaborant de nouveaux fantasmes.

Messages clés

- La vulvodynie est un diagnostic d'exclusion.
- Les traitements sont médicamenteux et non médicamenteux, nécessitant une approche multidisciplinaire.

Questions de formation

QCM 1.

Quelle est la réponse exacte ?

- A. La vulvodynie est une douleur chronique, durant plus de 6 mois.
- B. Le microbiote vaginal est modifié dans la vulvodynie.

C. Les vulvodynies spontanées de la femme jeune sont les plus fréquentes.

D. La vulvodynie est la seule cause de douleur vulvaire chronique.

QCM 2.

Quelle est la réponse exacte ?

A. La vulvodynie peut avoir une cause psychosomatique ou psychologique.

B. Son traitement est uniquement psychothérapique.

C. Le profil des patientes est le même pour toutes les vulvodynies.

D. Une rééducation périnéale peut être proposée en dernier recours.



ARTICLE 8 - MYTHES ET RÉALITÉS DANS LA PRISE EN CHARGE DES PLAIES.

Docteur Priscille CARVALHO, dermatologue, Rouen.

Docteur Sylvie MEAUME, dermatologue, Paris.

Docteur Hester COLBOC, dermatologue, Paris.

Article rédigé par le Dr Yves ROUBEIX – Dermatologue.

Intro

Sont abordés ici les procédés de cicatrisation des plis, le bon usage des antiseptiques et antibiotiques, la conduite à tenir devant une nécrose, les plaies induites par les nouvelles thérapeutiques et d'autres sujets encore, de quoi satisfaire qui s'intéresse aux plaies.

Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)

Les substituts cutanés.

Ils sont utilisés pour la cicatrisation des plaies, en chirurgie dermatologique et plastique.

Ces « peaux artificielles » sont des dispositifs médicaux se divisent en deux catégories :

Les dispositifs acellulaires :

- Soit permanents et mis une seule fois, se substituant au derme, constitués de collagène animal recouvert de silicone ; cette petite éponge est progressivement colonisée par les vaisseaux et fibroblastes sous-jacents puis une greffe est pratiquée après trois ou quatre semaines, le silicone ayant été enlevé (Integra[®], Nevelia[®], Pelnac[®], Novosorb[®])

D'autres ne contiennent pas de silicone et une greffe est alors réalisée dans l'immédiat (Matriderm[®]).

- Soit temporaires, permettant la couverture de grandes surfaces, principalement chez les brûlés, avant la greffe.

Il peut s'agir de peau congelée de cadavre issue des banques de tissu (Alloderm[®]), ou bien de peau de porc (Strattice[®]), ou d'autres produits comme Biobrane[®] qui n'est pas colonisé, comme Oasis[®], Hyalomatrix[®], Kerecis[®], Epifix[®], qui sont à renouveler toutes les semaines.

Les dispositifs cellularisés :

- Soit allogéniques et immédiatement disponibles : dermiques (Transcyte[®], Dermagraft[®]), épidermiques, dermiques et épidermiques (Apligraf[®]).
- Soit autologues, issus de la peau du malade, nécessitant un temps de culture de 3 à 4 semaines : épidermiques (Epicel[®], Epidex[®], MySkin[®]), dermiques et épidermiques (Denovo-Skin[®], Permaderm[®]).

Pour quelles indications ?

- Indications chirurgicales principalement, nécessitant une greffe de peau fine : brûlure, traumatisme, chirurgie plastique, chirurgie de la main ou du pied, plaies chroniques, après résection tumorale.
- Indications non chirurgicales, sans greffe de peau : plaies du pied diabétique de petite dimension, plaies chroniques ne pouvant pas être secondairement greffées.

En pratique, pour un dispositif acellulaire :

- Préparer la plaie, faire une bonne déterision.
- Hémostase soigneuse avec garrot.
- Poser la plaque et l'agrafer.
- Pansement gras ou avec Bétadine™.
- Greffe de peau mince après 3 à 4 semaines.
- Les complications sont les infections et les hématomes.

Antiseptiques et plaies : changement de paradigme ?

Les antibiotiques sont trop utilisés pour le traitement des plaies, notamment chroniques.

- Devant une plaie infectée, il faut préférer les antiseptiques aux antibiotiques en raison de l'émergence croissante de bactéries multirésistantes.
- Ces antiseptiques ne résument pas le traitement d'une plaie infectée, d'autres mesures telle une bonne déterision sont tout aussi importantes.
- En France, pour le nettoyage des plaies, c'est le savon et l'eau du robinet qui sont recommandés : en effet les flacons de sérum physiologique peuvent être contaminés par staphylocoque doré ou bacille pyocyanique.
- Bétadine™ est très utilisée : antiseptique à large spectre, capable de traverser le biofilm, sans résistance et douée de propriétés anti-inflammatoires.

Sa tolérance est bonne et elle n'a pas d'effet négatif sur la cicatrisation des plaies. Elle est indiquée pour les plaies aiguës ou les brûlures, sans précision sur la nécessité ou non de diluer, mais dans tous les cas pas pour les plaies chroniques.

- L'octénidine, Octonisept™, est un nouvel antiseptique à large spectre et bien toléré, pas encore disponible en France.
- Le PHMB, polyhexaméthylène biguanide, est à large spectre, dénué de résistances, non inhibé par les matières organiques, non cytotoxique, d'effet durable permettant d'espacer les pansements, indiqué pour les plaies chroniques.
- Un temps de contact de 15 minutes est nécessaire pour l'obtention d'une bactéricidie complète.
- Prontosan™ solution ou hydrogel, composé de PHMB et de bétaine, est indiqué dans les plaies chroniques mais non remboursables.
- L'acide hypochloreux, HOCl, a une activité biocide et à large spectre, largement utilisé aux USA mais étonnamment non recommandé en France.
- L'indice de biocompatibilité, ou indice thérapeutique, mesure la balance entre l'activité antibactérienne et la cytotoxicité d'un produit antiseptique.

- Il peut aider à sélectionner l'agent le plus approprié.

En conclusion :

- Dans l'ulcère de jambe, le microbiome est déséquilibré ; cette dysbiose contribue au retard de cicatrisation.
- L'utilisation au long cours des antiseptiques pour le lavage des plaies chroniques n'est toujours pas recommandée en France.
- D'autres pistes antimicrobiennes existent (argent, miel) ou sont à l'étude (plasmas froids).

Plaie nécrotique : quelle signification ?

La nécrose peut être infectieuse ou ischémique.

Nécrose ischémique :

- Pour reconnaître une nécrose ischémique sur un pied, un geste simple consiste à surélever la jambe du patient : en cas d'ischémie, le pied blanchit.
- Il faut bien sûr vérifier l'état vasculaire des membres inférieurs par la prise des pouls pédieux et tibial postérieur, la mesure de l'indice de pression systolique, le Doppler.
- Une nécrose sèche doit être respectée et recouverte d'une simple compresse.
- Une nécrose ischémique nécessite une revascularisation.
- Toute nécrose du talon n'est pas une escarre mais peut être ischémique : il faut faire un bilan vasculaire devant toute nécrose du pied.
- Ces nécroses ischémiques humides sont souvent d'évolution rapide et de mauvais pronostic, conduisant à l'amputation dont les conséquences chez la personne âgée sont délétères.
- Dans ces conditions, on peut tenter de transformer une gangrène humide en gangrène sèche à l'aide d'un alginat ou de Flammacerium™, non disponible en ville.

Nécrose infectieuse :

- La fasciite nécrosante, complication connue d'un érysipèle résistant au traitement antibiotique : extension rapide, douleurs intenses, induration de l'œdème, marbrures, cyanose, hypoesthésie cutanée, crépitation, gaz à la radio.

Le traitement d'urgence est chirurgical.

- Les nécroses infectieuses des diabétiques nécessitent un geste chirurgical rapide et limité, une antibiothérapie et une mise en décharge stricte de la plaie.
- Les nécroses distales ne doivent pas être montrées au chirurgien ! Sous pansement sec, on attend que se produise une limitation puis une chute spontanée ou bien on procède à une amputation minima au lit du patient à l'aide d'une pince gouge.

Plaies de la main : ce qui est du domaine du dermatologue et ce qui ne l'est pas.

- Les plaies de la main sont fréquentes et toujours potentiellement graves.

- L'examen clinique d'une main concerne les plans nerveux, vasculaire et tendineux.
- Il faut faire appel au chirurgien en cas de doute à l'examen clinique, en cas de plaie profonde ou de morsure animale.
- Devant une déchirure cutanée du dos de la main, il faut repositionner le lambeau éventuellement humidifié par du sérum physiologique, recouvrir avec une interface siliconée et un bandage.
- Devant une lésion nécrotique d'une main, il faut penser à une origine artérielle possible.

Plaies induites par les nouvelles thérapeutiques.

- L'hydroxyurée (Hydrea®) est en cause dans un cas sur trois.
- Le nicorandil, une fois sur six.
- Les inhibiteurs de tyrosine kinase anti VEGF sont des thérapies ciblées anti angiogéniques utilisées dans des cancers métastatiques et ayant plusieurs effets indésirables cutanés, dont un syndrome main-pied, mais aussi des ulcères de jambe.

Ces ulcères, dont le délai d'apparition moyen est de 7 mois, sont multiples, suspendus, douloureux et surviennent volontiers sur un terrain d'insuffisance veineuse ou artérielle.

- Le palbociclib est un inhibiteur des kinases cycline dépendantes 4 et 6, indiqué dans le cancer du sein métastatique, qui a lui aussi des effets secondaires muco-cutanés, dont des ulcérations buccales. Il semble être responsable d'ulcères de jambe.
- Les antivitamines K favorisent la calciphylaxie dans l'insuffisance rénale chronique, qui entraîne la formation de calcifications des vaisseaux hypodermiques et dermiques profonds, avec livedo réticulaire, nodules indurés et ulcérations.
- Le pronostic vital de la calciphylaxie est aggravé par les antivitamines K.

Plaie et cicatrisation sur peau mélanoderme (phototype V et VI) : une prise en charge différente ?

Une étude portant sur 350 plaies chroniques a montré que l'érythème est moins souvent signalé malgré des charges bactériennes comparables. Œdème, douleur et exsudat sont d'autres signes en faveur d'une infection.

Antibiotiques et plaies chroniques : indications et durée en 2024 ?

- En présence d'une plaie malodorante que l'on soupçonne d'être infectée, un prélèvement bactériologique à l'écouvillon est inutile car l'examen trouverait une multitude de germes de la flore cutanée.

Il existe un continuum entre contamination, colonisation, infection, locale et infection systémique : il est difficile cliniquement de déterminer le stade en cause.

Les antibiotiques systémiques ne sont indiqués qu'en cas d'infection extensive ou s'accompagnant de fièvre ou d'autres signes généraux.

Lorsque le patient porteur d'une plaie de jambe devient fébrile, il convient de pratiquer 4 hémocultures en un seul prélèvement, sans oublier l'examen des urines.

- Une escarre infectée ne peut pas toujours être prise en charge de façon optimale avec un temps chirurgical de détersion et un traitement médical antibiotique adapté pour une durée selon la profondeur de l'infection : une semaine en l'absence d'atteinte osseuse, deux semaines pour une atteinte osseuse corticale, quatre à six semaines en cas d'atteinte de l'os spongieux.

Sur le plan de l'escarre elle-même, assurer une bonne nutrition et la décharge de la lésion, calmer la douleur et soins locaux habituels.

- L'érysipèle requiert un traitement de première intention par l'amoxicilline, pristinamycine ou clindamycine si allergie à la pénicilline, pendant sept jours.

Il est conseillé d'éviter le « tout Augmentin » : cet antibiotique est particulièrement générateur de résistances et de limiter à 7 jours la durée du traitement.

Ulcère de jambe et Doppler veineux normal : diagnostic et prise en charge ?

Il faut alors refaire l'examen clinique, reprendre l'interrogatoire, s'enquérir des prises médicamenteuses, demander un bilan biologique, prévoir une biopsie cutanée, voire refaire l'échodoppler.

Mais aussi, il est important de vérifier la mobilisation de la cheville, à la recherche d'une ankylose.

Il existe 3 mécanismes d'insuffisance veineuse chronique :

- La maladie variqueuse.
- Le syndrome post thrombotique.
- Et l'insuffisance veineuse fonctionnelle par dysfonction de la pompe musculaire du mollet, fréquente chez le sujet âgé.

Messages clés

- Pas d'examen bactériologique sur une plaie d'allure infectée (sauf mycobactériose).
- Antibiotiques seulement en cas de plaie rapidement extensive ou d'apparition de signes généraux d'infection.

Questions de formation

QCM 1.

Quelle est la réponse exacte ?

A. Les indications des substituts cutanés sont principalement non chirurgicales.

B. En cas de plaie infectée, un traitement antibiotique est toujours nécessaire.

C. Une nécrose ischémique humide doit faire l'objet d'une simple surveillance.

D. Le nettoyage des plaies à l'eau et au savon est recommandé.

Réponse exacte : D.

QCM 2.

Quelle est la réponse exacte ?

- A. L'hydroxyurée (Hydrea®) est responsable d'ulcérations.
- B. Un prélèvement bactériologique à l'écouvillon est souhaitable devant une plaie d'allure infectée.
- C. Le traitement de première intention de l'érysipèle est la pénicilline G.
- D. L'insuffisance veineuse chronique est secondaire soit à la maladie variqueuse, soit à un syndrome post thrombotique.

Réponse exacte : A.



ARTICLE 9 - DERMATOSES DES MAINS : ÉCUEILS ET ASTUCES DIAGNOSTIQUES.

Docteur Marie-Noëlle CREPY, dermatologue, Paris.
Docteur Dominique TENNSTEDT, dermatologue, Louvain.
Professeur Olivier AERTS, dermatologue, Anvers.

Article rédigé par le Dr Yves ROUBEIX – Dermatologue.

Intro

La dermatite de contact allergique des mains est polymorphe, pouvant revêtir d'autres aspects que vésiculeux ou hyperkératosique et source d'erreurs de diagnostic.

Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)

Eczéma des mains : revue des aspects cliniques d'allergie.

La dermatite allergique de contact a des mécanismes immunologiques complexes et se présente cliniquement de façon hétérogène, en fonction des allergènes et de facteurs génétiques.

Les aspects habituels comportent à des degrés divers érythème, infiltration/papules, vésicules, desquamation, œdème.

Classification :

- Selon l'évolution : aigu ou chronique.
- Selon l'étiologie : dermatite de contact d'irritation, dermatite allergique de contact, dermatite de contact aux protéines, dermatite atopique.
- Selon la clinique : eczéma hyperkératosique palmaire, eczéma vésiculeux récidivant, eczéma nummulaire, pulpite.
- Selon la localisation :
 - L'atteinte du dos des mains est souvent liée au port des gants ou au contact de produits liquides (parfums, détergents, savons). Il faut savoir que les acrylates et méthacrylates traversent les gants en caoutchouc, naturel ou synthétique.
 - L'atteinte des paumes résulte en général d'un contact direct.
 - Celle des doigts résulte du contact avec des liquides.
 - La localisation aux poignets peut être secondaire aux acrylates d'un bracelet d'identification.
- Selon la morphologie :
 - Pour l'eczéma hyperkératosique palmaire, l'allergie de contact est plus rare.
 - La dyshidrose est souvent associée à une allergie de contact. Il peut exister une dermatite vésiculeuse systémique par absorption de l'allergène, tel un stérilet en cuivre.
 - L'eczéma nummulaire, contrairement aux données classiques, peut être d'origine allergique de contact.
 - Les paronychies peuvent être symptomatiques d'une allergie de contact aux protéines, soupçonnée par l'aggravation immédiate de

l'eczéma lors du contact avec l'aliment en cause, ou bien encore d'une allergie de contact aux résines époxy.

Aspects plus rares :

- Réactions bulleuses liées par exemple à la paraphénylène diamine d'un tatouage au henné ou aux acrylates et méthacrylates.
- Réactions pustuleuses pouvant résulter en même temps d'une dermatite allergique de contact et d'une dermatite de contact aux protéines.
- Réactions purpuriques dues par exemple au peroxyde de benzoyle.
- Aspect pigmenté d'un poignet après port d'un bracelet-montre.
- Leucodermie secondaire de la face dorsale des mains causée par des gants en caoutchouc.
- Aspect érythème polymorphe-like sur mains et avant-bras lié au contact avec les bois tropicaux.
- Réaction lichénoïde de contact liée au linalol.
- Dermatite lymphomatoïde de contact, en grandes plaques du dos des mains.

En conclusion, la dermatite allergique de contact comporte des aspects cliniques multiples et trompeurs, peut être multifactorielle et il arrive aussi qu'elle complique une dermatose pré-existante, tel un psoriasis ou une dermatite atopique sous Dupilumab®.

D'où l'intérêt des patch tests pour identifier l'allergène et prévenir les récurrences : ils sont indiqués pour un eczéma des mains évoluant depuis plus de trois mois ou lorsque la réponse au traitement est insuffisante ou encore en cas de suspicion clinique d'allergie de contact.

Les diagnostics différentiels et cas trompeurs sont nombreux :

- Lupus érythémateux chronique : atteinte cutanée des paumes des mains, aggravée par l'exposition solaire.
- Eczéma chronique des mains chez un psoriasique connu : atteinte hyperkératosique palmaire chronique ayant bien réagi à l'alitrétinoïne.
- Gonococcie : dermatose palmaire avec arthralgies et asthénie.
- Syphilis : dermatose palmaire avec lésions en clous.
- Dermatomyosite : atteinte cutanée des faces dorsales des articulations interphalangiennes : papules de Gottron.
- Virose à parvovirus : érythème aigu palmaire des phalanges.
- Dermatomyosite : mains de mécanicien (syndrome anti synthétase).
- Pemphigoïde bulleuse ou dermatite à IgA linéaires localisées aux paumes des mains.

Quand faut-il mettre en doute le diagnostic d'eczéma des mains ?

- Devant une atteinte unilatérale.
- En cas d'absence de prurit.
- En présence de décolorations (couleur brune ou violette).
- Lorsque existent des plaies (érosions/ulcérations).
- S'il y a des lésions unguéales ou péri-unguéales.
- Devant des grains de milium.

- Quand le traitement est en échec.

Diagnostic différentiel d'un eczéma dyshidrotique ou vésiculeux.

- Face à une dyshidrose importante et qui dure, il faut faire des tests à la recherche d'un contact allergisant.
- Une dermatose palmaire avec fine desquamation en collerette et récidivant chaque été est une dyshidrose en aires (keratosis exfoliativa des auteurs anglo-saxons), qui n'est en réalité pas une dyshidrose. Une origine médicamenteuse est parfois retrouvée (ranolazine) ou infectieuse (Covid).
- Une atteinte vésiculeuse d'une main doit faire examiner les pieds pour y chercher une mycose.
- Une acrokératodermie syringéale aquagénique, « hand in bucket » ou « watersports hands », est secondaire à une pathologie des glandes sudorales eccrines : les lésions apparaissent très rapidement après immersion des mains dans l'eau, à type d'œdème, de papules et de plaques de couleur blanche.
- Il est important de reconnaître cette maladie car elle peut être liée à la mucoviscidose, même chez l'adulte.
- Des médicaments (AINS) peuvent aussi être responsables de cette affection et, encore une fois, le Covid.
- Une pemphigoïde bulleuse peut se présenter sur les mains sous forme vésiculeuse, dyshidrosiforme ou encore une dermatite herpétiforme.
- Une origine médicamenteuse peut être mise en évidence : gliptines, immunoglobulines.

Diagnostic différentiel d'un eczéma hyperkératosique.

- Il faut toujours tester un eczéma hyperkératosique.
- Un psoriasis doit être éliminé mais savoir aussi évoquer un mycosis fongicoïde et biopsier.
- Le syndrome de Bazex, rencontré principalement chez l'homme, se manifeste volontiers au début par des paronychies douloureuses des doigts et orteils.
- La pellagre se manifeste, sur les zones photo-exposées, par une pigmentation brun rougeâtre plutôt douloureuse que prurigineuse.
- Les mains de mécanicien, avec un aspect jaunâtre des doigts et des anomalies des cuticules, premier signe d'une dermatomyosite.
- Le lichen plan, de diagnostic difficile au niveau des mains ou des pieds.

Quelques cas d'eczéma de contact.

- La méthylisothiazolinone d'un savon liquide peut provoquer un eczéma au niveau des faces dorsales des mains avec extension vers les avant-bras plutôt qu'au niveau des paumes.
- Les méthacrylates des faux ongles entraînent un eczéma volontiers hyperkératosique, psoriasiforme, du dos des mains, des paumes, des pulpes des doigts et même une atteinte des ongles.
- Des localisations aux paupières ou aux lèvres sont possibles, à type d'œdème prurigineux de contact, à différencier d'un angio-œdème.

Les esthéticiennes sont concernées mais aussi le grand public qui utilise ces produits à domicile.

- Les dermatites de contact aux protéines, soupçonnées devant une association à une paronychie ou une pulpite, ne sont pas détectées par les patch tests mais par les prick tests.
- Les phytophotodermatoses des mains, après contact avec céleri, citron vert, entraînent des lésions hyperpigmentées et d'aspect linéaire.

Quelques observations particulières.

- Porphyrie cutanée tardive devant une dermatose des faces dorsales des mains, plus ou moins douloureuse, avec fragilité cutanée et survenue épisodique de bulles hémorragiques. Il faut doser les porphyrines et penser à chercher une prise médicamenteuse (AINS, contraceptifs oraux).
- La distinction d'avec une épidermolyse bulleuse acquise est difficile.
- Une maladie de Darier des mains, ou acrokératose verruciforme de Hopf, se manifeste par de petites lésions ressemblant à des verrues et la présence de pits palmaires.
- Une dermatose neutrophilique des mains (Sweet) entraîne la formation de pustules douloureuses d'aspect purpurique.
- L'hypokératose palmaire circonscrite, qui atteint surtout la femme, se traduit par la présence d'une lésion palmaire solitaire.

Messages clés

- La dyshidrose est souvent associée à une allergie de contact.
- Polymorphisme de la dermatite de contact allergique des mains.

Questions de formation

QCM 1.

Quelle est la réponse exacte ?

- A. L'eczéma nummulaire n'est pas lié à un contact.
- B. Les acrylates traversent les gants en caoutchouc.
- C. Les patch tests sont indiqués en cas d'eczéma des mains évoluant depuis plus d'un mois.
- D. Une atteinte unilatérale est en faveur du diagnostic d'eczéma de contact.

Réponse exacte : B.

QCM 2.

Quelle est la réponse exacte ?

- A. Une pemphigoïde bulleuse peut prendre l'aspect d'une dyshidrose.
- B. Un œdème prurigineux des lèvres évoque le diagnostic d'angio-œdème.
- C. La présentation clinique de la dermatite allergique de contact des mains est assez monomorphe.

D. La manifestation la plus fréquente de la dermatite allergique de contact des mains est un eczéma hyperkératosique palmaire.



ARTICLE 10 - BIOSIMILAIRES EN 2024 : QU'EST-CE QUE LE DERMATOLOGUE DOIT SAVOIR ?

Docteur Nathalie BENETON, dermatologue, Le Mans.
Docteur Florence TETART, dermatologue, Rouen.
Professeur Mathurin FUMERY, gastro-entérologue, Amiens.

Article rédigé par le Dr Yves ROUBEIX – Dermatologue.

Intro

Le premier biosimilaire d'intérêt pour le dermatologue, celui de l'ustékinumab, est arrivé sur le marché : cet exposé nous renseigne, et nous rassure, sur l'efficacité et la tolérance des biosimilaires.

Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)

Les médicaments biosimilaires.

- Avant de définir un médicament biosimilaire, il faut savoir qu'un même médicament de biothérapie connaît des variations de structure d'un lot de fabrication à l'autre : ce sont des molécules complexes, issues du vivant et donc sujettes à un certain degré de variabilité.
- Un biosimilaire est un médicament similaire à un médicament biologique de référence déjà autorisé.
- Les phases de développement d'un biosimilaire diffèrent légèrement de celle d'une biothérapie, en particulier parce que la phase III compare le biosimilaire à la molécule de référence et non à un placebo.
- L'intérêt principal du biosimilaire est d'ordre économique mais pas seulement : il permet aussi de limiter d'éventuelles tensions d'approvisionnement du médicament princeps.
- L'expérience des biosimilaires en gastro-entérologie est déjà longue, 10 ans pour l'infliximab, 5 ans pour l'adalimumab et depuis peu pour l'ustékinumab.
- L'objectif de 80 % de pénétration des biosimilaires en 2022 n'a pas encore été tenu, cette pénétration est plus faible pour les médicaments disponibles en ville que pour ceux qui, comme l'infliximab, ne sont délivrés qu'à l'hôpital : le droit de substitution par le pharmacien pour ce type de médicaments est à l'étude.

Biosimilaires : le bilan du gastro-entérologue.

Rectocolite hémorragique active :

- En première ligne, le védolizumab ou un anti-TNF.
- En deuxième ligne, l'ustékinumab.
- En troisième ligne, un des trois anti JAK disponibles.

Maladie de Crohn :

- En première ligne, un anti TNF.
- En deuxième ligne, un autre anti TNF, l'ustékinumab, le védolizumab ou l'upadacitinib.

Un anti IL 23 remboursable devrait arriver prochainement sur le marché. Les études de non-infériorité portant sur les biosimilaires, entre autres l'infliximab et l'adalimumab, sont nombreuses dans de nombreuses indications : polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante, rhumatisme psoriasique, maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI). Elles n'ont montré aucune différence en matière d'efficacité, de tolérance à court et à long terme. D'autre part, en cas de switchs multiples entre différents biosimilaires d'un même princeps, aucune différence n'a été rapportée. Certains biosimilaires apportent un bénéfice de qualité de vie au patient par rapport au médicament princeps : volume injectable réduit, absence de citrate. Le switch du princeps vers le biosimilaire est recommandé par les sociétés savantes, il doit emporter la confiance du soignant et aussi celle du patient afin d'éviter tout effet nocebo.

Que retenir dans le psoriasis ?

Les dermatologues ont moins d'expérience des biosimilaires que leurs confrères gastro-entérologues et rhumatologues. Les recommandations d'experts en 2022 citent en première ligne de traitement les anti IL 17 ou 23, en raison de leur efficacité et de leur tolérance. Depuis la levée de la prescription initiale hospitalière en avril 2024, les dermatologues libéraux sont eux aussi concernés, devant s'appropriier les nombreuses biothérapies disponibles et demandant à être formés pour cela. En 2024 est apparu le premier biosimilaire de l'ustékinumab, intéressant les dermatologues car plus efficace que les anti TNF (infliximab, étanercept, adalimumab) et leurs biosimilaires . Il y a actuellement quatre biosimilaires de l'ustékinumab. Pour convaincre un patient de recevoir un biosimilaire, il faut d'abord être convaincu soi-même du maintien de l'efficacité et de la tolérance par rapport au princeps, ce qu'ont bien montré les études : les biosimilaires ne représentent pas de perte de chance pour les patients et ont un intérêt économique pour la société.

Quid de l'urticaire chronique spontanée (UCS) ?

L'UCS a un fort impact sur la qualité de vie du fait du prurit avec instauration d'un cercle vicieux prurit/grattage, du fait aussi des angio-oedèmes et de leur caractère imprévisible.

De plus, les patients sont préoccupés de ne pas pouvoir connaître ni la cause de leur maladie ni la durée de son évolution.

Cette affection souffre d'un retard de diagnostic moyen de 24 mois et donc d'une prise en charge tardive.

Le diagnostic de l'UCS reste entièrement clinique et le bilan minimal recommandé (NFS plaquettes, CRP, IgG anti thyroperoxydases, IgE totales) ne sert qu'à éliminer les diagnostics différentiels.

Il y a deux types d'urticaire chronique :

- Le type I, auto-allergique, avec terrain atopique, IgE totales élevées et bonne réponse à l'omalizumab.

- Le type IIb, auto-immun, avec comorbidités auto-immunes, IgE totales normales et moins bonne réponse à l'omalizumab.

Quel que soit le type d'urticaire, la prise en charge est la même : anti histaminiques anti H1, jusqu'à quatre fois la dose, puis omalizumab dont les doses ou la fréquence des injections peuvent être augmentées au besoin. Et en dernier lieu, la ciclosporine, de tolérance incertaine.

L'omalizumab a révolutionné la prise en charge de l'urticaire chronique spontanée : il diminue le taux d'IgE circulantes, les dissocie du récepteur FcεRI du mastocyte et réduit sa dégranulation.

Il est facile à prescrire : pas de bilan pré-thérapeutique autre que le bilan minimal recommandé et pas de suivi biologique : 300 mg s/c toutes les quatre semaines, les trois premières injections devant être faites par une infirmière et le patient pouvant ensuite s'injecter lui-même.

Le biosimilaire de l'omalizumab est le CT-P39, non encore remboursable.

Ce biosimilaire peut être prescrit d'emblée ou en switch de l'omalizumab, l'efficacité et la tolérance sont les mêmes.

Messages clés

- La tolérance et l'efficacité des biosimilaires sont les mêmes que celles du médicament princeps.
- Actuellement, le biosimilaire d'intérêt pour le dermatologue est celui de l'ustékinumab.

Questions de formation

QCM 1.

Quelle est la réponse exacte ?

- A. Le seul biosimilaire disponible en dermatologie est celui de l'ustékinumab.
- B. En étude clinique de phase III, le biosimilaire est comparé à un placebo.
- C. Le seul intérêt du biosimilaire est d'ordre économique.
- D. Pour les biothérapies du psoriasis, les recommandations d'experts indiquent en première ligne les anti IL 17 ou 23.

Réponse exacte : D.

QCM 2.

Quelle est la réponse exacte ?

- A. Un taux élevé d'IgE dans l'urticaire chronique est prédictif d'une mauvaise réponse à l'omalizumab.
- B. La prise en charge dermatologique de l'urticaire chronique diffère selon qu'elle est de type I ou IIb.

- C. Le suivi biologique d'un patient sous omalizumab se résume à une NFS et bilan hépatique tous les trois mois.
- D. D. Le switch entre le princeps et son biosimilaire est recommandé, le switch entre deux biosimilaires est possible.

Réponse exacte : D.



ARTICLE 11 - PATHOLOGIES LIÉES AUX PAPILLOMAVIRUS HUMAINS : AMÉLIOREZ VOS CONNAISSANCES ET DÉCOUVREZ LES DERNIÈRES ACTUALITÉS.

Docteur Florian HERMS, dermatologue, Paris.

Professeur Antoine BERTOLOTTI, dermatologue, Saint Pierre de la Réunion.

Professeur Haitham MIRGHANI, ORL, Paris.

Article rédigé par le Dr Yves ROUBEIX – Dermatologue.

Intro

Outre un rappel sur les pathologies classiques liées aux HPV, cet exposé fait le point sur le traitement des condylomes et sur les cancers ORL HPV induits qui sont en constante progression, pouvant dépasser les cancers du col utérin.

Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)

Quelques pathologies HPV à connaître.

L'épidermodysplasie verruciforme (Lutz-Lewandowski) est une génodermatose rare qui entraîne une susceptibilité anormale aux virus HPV, principalement 5 et 8, et un risque notable d'évolution carcinogène.

Sont touchés de façon analogue les sujets immuno-déprimés (HIV, greffés).

Les lésions cutanées sont des verrues planes disséminées, des macules brunâtres ou érythémateuses ressemblant au pityriasis versicolor, des plaques érythémateuses papillomateuses et kératosiques, des verrues vulgaires des doigts ou palmo-plantaires, des verrues labiales.

Les traitements sont décevants : en local, imiquimod, 5 FU, photothérapie dynamique ; par voie générale, rétinoïdes.

La protection anti UV doit être optimale et la surveillance clinique régulière.

La tumeur de Buschke-Löwenstein est un condylome pénien ayant des caractéristiques de carcinome, mais sans envahissement.

Définition progressivement étendue aux lésions ano-génitales, y compris chez la femme.

Cliniquement, c'est un condylome géant à HPV à bas risque 6 et 11.

La prise en charge n'est pas univoque : outre la biopsie de la lésion, une IRM pelvienne et une échographie ganglionnaire confirmeront l'absence d'invasion.

Les traitements sont multiples et non codifiés.

L'évolution de cette lésion est extrêmement lente avec une mortalité davantage liée aux complications infectieuses éventuelles qu'à l'évolution tumorale.

La maladie de Heck, ou hyperplasie épithéliale focale, liée aux HPV 13 et 32, peut atteindre, dès l'enfance et plus ou moins complètement, la muqueuse buccale de sujets génétiquement prédisposés.

L'évolution est bénigne, parfois spontanément régressive.

La papulose bowénoïde se présente comme des condylomes plans avec une histologie de maladie de Bowen : il s'agit d'un carcinome épidermoïde intra-épithélial peu différencié mais à faible potentialité invasive.

Les HPV en cause sont 16 et 18, à haut risque.

Le dépistage et le traitement des partenaires s'imposent.

Recommandations pour les condylomes en 2024.

Les condylomes sont causés en principe par les Human Papilloma Virus non oncogènes (HPV 6 et 11).

Mais, chez l'immunodéprimé, il s'agit dans 65 % des cas d'HPV 16, à haut risque : cela implique qu'il faut avoir la biopsie facile chez l'immunodéprimé.

Cette infection sexuellement transmissible a un important impact psychosexuel, peut être responsable de saignements et dyspareunies et enfin, de néoplasies à HPV.

En population générale :

Le traitement de première ligne repose sur la cryothérapie ou sur l'imiquimod ou la podophyllotoxine, ou bien encore, ce qui est nouveau, sur l'association de la cryothérapie avec un traitement topique, le choix étant fait en fonction du nombre de lésions.

Un contrôle clinique est réalisé après un mois.

Au cas où les condylomes persistent après 4 mois, il y a deux cas de figure :

- Condylomes réfractaires, c'est-à-dire que les mêmes condylomes persistent.

La tendance va alors vers des traitements destructeurs :

En deuxième ligne, le traitement fait appel à la chirurgie, à l'électrochirurgie, au laser CO² ou à l'acide trichloracétique à 90 %.

En troisième ligne, aux injections intralésionnelles de bléomycine, BCG, interféron, vaccin HPV, voire à la photothérapie dynamique ou aux rétinoïdes per os.

- Condylomes récurrents, c'est-à-dire que les condylomes récidivent, au même endroit ou ailleurs, après avoir disparu.

IL faut tenter de traiter des lésions infracliniques en étalant davantage les crèmes.

En deuxième ligne, 5-FU topique, solution de KOH ou photothérapie dynamique.

En troisième ligne, acide citrique, rétinoïdes per os, interféron β systémique.

Chez la femme enceinte :

- Certains médicaments sont interdits.
- L'abstention thérapeutique est une option, à discuter avec l'obstétricien.
- Comme en population générale, le choix du traitement dépend du nombre de condylomes, destructeur si leur nombre est faible (laser CO², cryothérapie, électrochirurgie, chirurgie) ou par imiquimod dans le cas contraire (imiquimod interdit pendant le premier trimestre), avec combinaison possible.
- En deuxième ligne, c'est la podophyllotoxine, qui n'est plus contre-indiquée.

Chez l'immunodéprimé :

- Un examen gynécologique et proctologique régulier est souhaitable.

- Il ne faut pas hésiter à biopsier pour ne pas méconnaître un carcinome épidermoïde ou une néoplasie intra épithéliale.
- Et penser à doser les lymphocytes T CD4 afin de dépister une éventuelle aggravation de l'immunodépression.

Chez l'enfant :

- Les traitements sont les mêmes qu'en population générale mais l'abstention thérapeutique peut être discutée.
- Sur la question d'éventuels abus sexuels, il faut savoir qu'ils n'existent que dans 20 % des cas avant deux ans.
- On recherchera des verrues ou des condylomes dans la famille.

Localisations spécifiques :

- Condylomes péniens et vulvaires : cf. population générale.
- Condylomes urétraux : privilégier la podophyllotoxine (bâtonnet), la cryothérapie (sonde coudée) ou le laser CO².
- Condylomes anaux : privilégier l'imiquimod (sur suppositoire), l'électrothérapie, la chirurgie, le laser CO².
- Condylomes vaginaux : privilégier l'imiquimod (sur tampon), la cryothérapie, le laser CO².

HPV et sphère ORL.

Il y a deux principales affections ORL HPV induites :

La papillomatose laryngée est assez rare, rencontrée surtout chez les enfants ou parfois les jeunes adultes.

- Les HPV 6 et 11 en sont responsables.
- Les symptômes vont de la simple dysphonie à la détresse respiratoire.
- En l'absence de traitement curatif définitif, les patients sont soumis à de multiples interventions chirurgicales par voie endoscopique, ce qui a bien sûr un fort impact sur la qualité de vie et comporte un risque de séquelles à type de dysphonie ou respiratoires.

Les cancers ORL touchent la cavité buccale, le larynx, le pharynx.

- Traditionnellement ces pathologies sont associées aux hommes d'âge mûr, buveurs et fumeurs et de condition socio-économique défavorable.

Ces cancers sont souvent très symptomatiques, avec douleur importante et dysphagie, leur pronostic est globalement mauvais.

- Depuis 2010, l'HPV 16 est reconnu comme étant un facteur à part entière de cancer de l'oropharynx. Ce sont essentiellement les amygdales linguales et palatines qui sont touchées.

Le risque d'avoir une infection HPV au niveau buccal est lié aux habitudes sexuelles et au nombre de partenaires sexuels ainsi qu'au tabagisme.

L'incidence des cancers oropharyngés liés à l'HPV est en augmentation constante dans les pays occidentaux.

Ces cancers HPV induits, à la différence de ceux causés par l'alcool et le tabac, peuvent toucher n'importe qui et leurs symptômes sont souvent très discrets : cela rend compte de diagnostics souvent tardifs, au stade de métastase ganglionnaire cervicale.

Cependant leur pronostic est très significativement meilleur que celui des cancers liés au tabac et à l'alcool.

Mais le traitement de ces deux catégories de cancers reste le même, ayant pour conséquence d'énormes séquelles au niveau esthétique, dentaire et surtout de la déglutition avec risque de fausses routes.

En conséquence, la tendance actuelle semble aller vers une déflation thérapeutique dans les cancers ORL HPV induits. D'autre part, un vaccin thérapeutique anti HPV est à l'étude.

Messages clés

- Avoir la biopsie facile chez l'immunodéprimé porteur de condylomes.
- Le vaccin anti HPV est efficace en prévention des cancers ORL HPV induits.

Questions de formation

QCM 1.

Quelle est la réponse exacte ?

- A. La tumeur de Buschke-Löwenstein évolue rapidement vers un carcinome épidermoïde.
- B. Les condylomes sont tous dus aux HPV 6 ou 11, à bas risque.
- C. Le traitement des condylomes peut associer cryothérapie et topiques locaux.
- D. L'imiquimod et la podophylotoxine sont contre-indiqués chez la femme enceinte.

QCM 2.

Quelle est la réponse exacte ?

- A. L'HPV 16 est reconnu comme facteur des cancers de l'oropharynx.
- B. Les cancers ORL HPV induits sont rapidement reconnus car douloureux.
- C. Le vaccin anti HPV n'est pas efficace pour prévenir les cancers ORL HPV induits.
- D. La papulose bowénoïde est due aux HPV 6 et 11, à bas risque.



ARTICLE 12 - LE GRIDIST PRÉSENTE : ACTUALITÉS DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES.

Docteur Jonathan KRYGIER, dermatologue, Bruxelles.

Professeur Antoine BERTOLOTTI, dermatologue, Saint Pierre de la Réunion.

Docteur Sébastien FOUERE, dermatologue, Paris.

Docteur Rémi LEFRANÇOIS, Santé Publique France, Île de France.

Docteur Charles CAZANAVE, infectiologue, Bordeaux.

Article rédigé par le Dr Yves ROUBEIX – Dermatologue.

Intro

L'incidence des IST continue de croître, de nouvelles pathologies se font jour, ainsi que des résistances aux antibiotiques !

Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)

Dépistage et diagnostic des IST en 2023.

Pourquoi en 2023 ? Parce que cette année olympique n'a rien apporté d'extraordinaire sur le plan des IST et parce que l'actualité du Mpox reste atone.

Dépistage des IST bactériennes :

- Infection à Chlamydia trachomatis : 3 millions de personnes dépistées dont 70 % de femmes, avec un taux de dépistage global de 43,6/1000 habitants, principalement chez la femme entre 15 et 25 ans.

L'augmentation globale du dépistage, tous sexes confondus, est de 45 % depuis 2020.

- Gonococcie : 3,3 millions de personnes dépistées dont 75 % de femmes, avec un taux de dépistage global de 48/1000 habitants, surtout entre 15 et 25 ans.

L'ensemble des dépistages a crû de 34 % depuis 2020.

- Syphilis : 3,3 millions de personnes dépistées dont 65 % de femmes, avec un taux de dépistage global de 48/1000 habitants.

L'augmentation des dépistages est de 25 % depuis 2020.

- Sur le plan géographique, en France métropolitaine, le taux de dépistage des IST bactériennes est le plus élevé en Île de France, suivie de Provence-Alpes-Côte-d'Azur et de l'Occitanie. Les départements d'outre-mer détiennent des taux encore plus élevés.

Diagnostic des IST bactériennes :

- Infections à Chlamydia trachomatis : 55.000 personnes ont été diagnostiquées et traitées en 2023.

Le taux de diagnostic global était de 81/100.000 habitants, plus élevé chez l'homme que chez la femme.

L'augmentation globale est de 29 % depuis 2020.

Concernant la lymphogranulomatose vénérienne (infections anorectales à *Chlamydia trachomatis* de genovar L) : 7,7 % des prélèvements anorectaux positifs à *Chlamydia trachomatis* ont comporté le genovar L.

Les hommes sont concernés à 97 %, en grande majorité HSH (hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes).

- Infections à Gonocoque : 23.000 diagnostics en 2023 dont 70 % d'hommes, principalement en Île de France (39 % des diagnostics nationaux).

Le taux de résistance à la ceftriaxone reste stable et faible à 0,2 %, plus élevé pour l'azithromycine à 7,1 %.

La sensibilisation des professionnels de santé au risque d'émergence de souches résistantes aux C3G doit être poursuivie.

- Syphilis : 5.800 personnes ont été diagnostiquées, à 89 % des hommes.

Le taux global est de 8,5/100.000 habitants, le taux le plus élevé étant retrouvé chez les hommes de 26 à 49 ans.

L'Île de France recueille à elle seule 40 % des diagnostics nationaux.

Sur le plan géographique, l'Île de France ressort en tête des diagnostics d'IST bactériennes.

- *Mycoplasma genitalium* : Plus de 16.000 tests ont été réalisés avec un taux de positivité de 9,9%, plus élevé chez les HSH puis chez les personnes trans.

Conclusion :

- Le nombre de dépistages des trois IST bactériennes continue d'augmenter, davantage chez l'homme que chez la femme.
- Le nombre de diagnostics positifs est lui aussi en augmentation, particulièrement pour ce qui est des gonococcies.
- Le fait que l'augmentation du nombre des diagnostics soit supérieure à l'augmentation du nombre des dépistages est en faveur d'une augmentation de l'incidence des IST bactériennes.
- Les dépistages concernent une majorité de femmes alors que les diagnostics sont plus fréquents chez les hommes : cela suggère de promouvoir davantage le dépistage chez les hommes.

Tréponème et sensibilité aux antibiotiques.

- En Amérique du Nord, il n'y a plus aucun tréponème sensible à l'azithromycine !
- En France, ce même constat est proche.
- Les auteurs américains suggèrent, au cas où la benzathine pénicilline G manquerait, de se tourner vers la ceftriaxone ou la doxycycline.
- La grande nouveauté, depuis 2018, est que le tréponème est devenu cultivable, ce qui permet la réalisation d'antibiogrammes et ouvre de nouvelles possibilités thérapeutiques.
- En cas d'allergie à la pénicilline, il y a moins de 10% d'allergies croisées avec la ceftriaxone.
- Ces deux antibiotiques donnent de bons résultats en termes de CMI, de demi-vie et de pénétration dans le système nerveux central.

Les IST fongiques.

- Une IST à *Trichophyton mentagrophytes* a été décrite pour la première fois en Suisse en 2015 et treize autres cas, en France, en 2023, de génotype VII, chez des HSH.

L'aspect inflammatoire, nodulaire et suintant de certaines localisations peut être trompeur, au niveau de la barbe, de la moustache et de la zone péri-anale.

- Tous ces patients ont réagi favorablement à la terbinafine per os.

Une probable IST à *Trichophyton indotinae* a été décrite aux USA en 2024 chez une femme.

Il s'agit d'un agent émergent de dermatophytose au retour d'Inde, résistant à la terbinafine mais sensible à l'itraconazole.

Folliculite à *Klebsiella* aérogènes.

- Cette nouvelle maladie se manifeste, surtout chez des patients HSH, par l'atteinte de la moustache, de la barbe, voire du scalp, sous la forme de pustules folliculo-centrées associées à des nodules.
- Les traitements antibiotiques habituels d'une folliculite se révèlent inefficaces : ce sont des traitements prolongés pendant plusieurs semaines par quinolones ou cotrimoxazole qui ont apporté la guérison mais les rechutes sont malgré tout très fréquentes.
- L'hypothèse a été formulée d'une contamination environnementale dans les saunas et jacuzzis, par analogie à ce qui se produit avec *Pseudomonas aeruginosa* ou bien, s'agissant d'un germe intestinal, d'une contamination sexuelle lors de la pratique du sexe oro-anal.

Messages clés

- Promouvoir le dépistage des IST chez les hommes.
- La ceftriaxone est une alternative valable à la benzathine pénicilline dans le traitement de la syphilis.

Questions de formation

QCM 1.

Quelle est la réponse exacte ?

- A. Le taux de résistance du gonocoque à la ceftriaxone est en croissance rapide.
- B. En cas d'allergie à la pénicilline, le recours à l'azithromycine est une bonne option.
- C. Le tréponème de la syphilis ne peut pas être cultivé.
- D. Des cas d'IST à dermatophytes ont été décrits chez des HSH.

QCM 2.

Quelle est la réponse exacte ?

- A. L'Île de France est championne de France pour le nombre de cas diagnostiqués de syphilis.

- B. La folliculite à *Klebsiella aërogènes* est rencontrée exclusivement chez les HSH.
- C. En cas d'allergie à la pénicilline, il est impossible d'utiliser la ceftriaxone.
- D. La lymphogranulomatose vénérienne est due à *Mycoplasma genitalium*.



ARTICLE 1 - DERMATO-PEDIATRIE COURANTE (TROUBLES PIGMENTAIRES, DERMITE DU SIÈGE, ETC.).

Docteur Olivia BOCCARA, dermatologue, Paris.

Docteur Thibault PUSZKAREK, généraliste, Locronan.

Article rédigé par le Dr Yves ROUBEIX – Dermatologue.

Intro

La dermite du siège du nourrisson, le molluscum contagiosum, les verrues et les nævi de l'enfant posent journallement des questions au praticien sur leur prise en charge, cet exposé l'aidera à s'y retrouver.

Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)

La dermite du siège du nourrisson est une affection fréquente dont les origines sont multiples :

La dermite irritative survient le plus souvent entre 6 et 12 mois et réalise une atteinte érythémateuse maculo-papuleuse, possiblement érosive, au niveau des convexités : aspect classique de l'érythème en W.

- Liée à des facteurs tant physiques (occlusion, macération et friction) que chimiques (pH urinaire alcalin, uréases bactériennes et fécales, sels biliaries) et microbiologiques (commensaux cutanés et digestifs), il arrive qu'une surinfection à *Candida* la complique.
- Sa sévérité est proportionnelle à l'intensité des facteurs favorisants, sur lesquels il convient d'agir.
- Le traitement repose sur des conseils devant être simples et réalisables : un bain par jour en lavant à l'eau et au savon, éviter les dermo-corticoïdes et les produits sensibilisants ou irritants, traiter une éventuelle candidose surajoutée.
- Finalement, l'objectif à atteindre est tout simplement la propreté !

Le psoriasis des langes est en réalité une dermite irritative de présentation psoriasiforme qui ne doit donc pas être traitée comme un psoriasis.

- Le diagnostic de psoriasis du siège ne sera retenu qu'en présence d'autres localisations de psoriasis.
- L'eczéma ne se localiserait pas sur le milieu humide qu'est le siège.
- L'allergie aux couches, souvent incriminée par les parents, est exceptionnelle.
- Une carence en zinc réalise une atteinte cutanée pluri-focale, péri-orificielle, péri-buccale et du siège, des extrémités et des plis, bien limitée, pouvant être associée à une diarrhée.

Le molluscum contagiosum est une infection cutanée par un poxvirus.

- Il ne nécessite aucune précaution, aucune éviction.

- Aucun traitement curatif n'est indiqué : ni curetage, ni cryothérapie, ni application d'hydroxyde de potassium, tous procédés ne détruisant pas le virus et sources de complications.
- En effet, cette infection bénigne guérit spontanément de façon progressive, tout au plus le traitement d'un eczéma ou d'une xérose sous-jacents permettra-t-il d'en raccourcir l'évolution.
- Il en est de même pour les verrues, liées au virus HPV : aucun traitement n'est indiqué !

Les troubles pigmentaires cutanés peuvent être de diverses causes :

- Pigmentations physiologiques sur peau naturellement pigmentée, en particulier au niveau des organes génitaux externes, des muqueuses (langue, gencives) et des ongles (mélanonychies).
- Pigmentations post-inflammatoires de l'eczéma lichénifié, pustulose mélanique transitoire qui est une forme de toxidermie, infections virales, traumatismes...
- Dyschromie, hyper- ou hypo-pigmentation, des eczématides sur peau pigmentée.
- Vitiligo, qui est une affection auto-immune achromiante.
- Quant aux taches café au lait, elles ne font craindre l'évolution vers une possible neurofibromatose de type 1, que lorsqu'il y en a au moins 6, d'aspect typique, d'au moins 5 mm chez un enfant pré-pubère.
- La surveillance des nævi ne se pose pas chez l'enfant de la même façon que chez l'adulte.
- Le dépistage du mélanome n'est pas utile avant l'âge de 10 ans dans la mesure où ce risque est pratiquement inexistant avant cet âge.
- Les nævi apparaissent et croissent physiologiquement pendant l'enfance et il n'est pas indiqué d'en pratiquer l'exérèse, sauf pour d'éventuelles considérations esthétiques.

Messages clés

- En matière de dermatite irritative du siège, un seul mot d'ordre : la propreté !
- Pas d'indication à l'exérèse chirurgicale d'un nævus chez l'enfant avant 10 ans !

Questions de formation

Quelle est la réponse exacte ?

- A. La dermatite irritative du siège du nourrisson atteint principalement les plis.
- B. Le traitement à conseiller pour une dermatite irritative du siège est de laisser les fesses à l'air.
- C. Devant une dermatite irritative du siège, il faut éviter le savon.
- D. Le molluscum contagiosum ne requiert aucun traitement.

Quelle est la réponse exacte ?

- A. Une carence en zinc ne se manifeste que par des signes cutanés.
- B. Les eczématides peuvent être responsables d'hyper ou d'hypo-pigmentation.
- C. Il faut évoquer une neurofibromatose de type 1 en présence de plus de 3 taches café au lait.
- D. La surveillance des nævi est souhaitable à tout âge, chez l'enfant comme chez l'adulte.



ARTICLE 2 DERMATOLOGIE DES PERSONNES ÂGÉES.

Docteur Juliette DELAUNAY, dermatologue, Angers.

Docteur Gabrielle LISEMBARD, généraliste, Dunkerque.

Article rédigé par le Dr Yves ROUBEIX – Dermatologue.

Intro

Cet article passe en revue quelques dermatoses fréquentes chez la personne âgée, telles la gale, le prurit voire la pemphigoïde bulleuse et particulièrement la problématique des tumeurs cutanées.

Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)

Deux types de vieillissement cutané sont à distinguer :

- Le vieillissement intrinsèque, ou chrono-vieillessement, observé au mieux sur les zones photo-protégées ;
- Et le vieillissement extrinsèque, sur les zones photo-exposées, lié aux facteurs environnementaux au premier rang desquels se place le soleil mais aussi le tabac, l'alcool et la pollution.

Le vieillissement cutané peut se traduire par l'apparition de kératoses séborrhéiques, d'une élastoïdose à kystes et comédons de Favre et Racouchaud, d'une erythrosis interfollicularis colli ou bien encore d'une dermatoporose : cette dernière associe des pseudo-cicatrices stellaires à une atrophie cutanée et un purpura de Bateman.

La pemphigoïde bulleuse se manifeste, chez un patient âgé, par une éruption bulleuse ou seulement urticarienne ou encore eczématiforme chronique.

L'examen biologique le plus simple qui peut l'évoquer est la NFS, laquelle montre une éosinophilie.

C'est la biopsie cutanée qui affirme le diagnostic, montrant une bulle sous-épidermique et, en immuno-fluorescence directe, la présence d'IgG fixées sur la membrane basale.

Cette affection auto-immune est associée dans 40 % des cas à une maladie neuro-dégénérative.

Dans tous les cas, il convient de rechercher l'existence d'un médicament inducteur : gliptines, anti PD1-PDL1, diurétiques de l'anse (furosémide, bumétanide), anti-aldostérone (spironolactone), anti-arythmiques (amiodarone), neuroleptiques (phénothiazines).

Le traitement de première intention repose sur les dermo-corticoïdes forts avec évaluation au quinzième jour puis, si besoin, sur méthotrexate, corticoïdes per os, voire biothérapies.

La gale du sujet âgé peut revêtir une allure hyperkératosique, c'est l'ancienne gale norvégienne.

La fréquence de la gale est croissante et elle comporte le risque d'une dissémination épidémique en collectivité (EHPAD).

Il faut toujours y penser et savoir l'évoquer devant un prurit à prédominance nocturne et des lésions cutanées, souvent peu spécifiques mais respectant le

visage, atteignant volontiers les organes génitaux externes, les plis axillaires et inguinaux, les zones interdigitales.

Le traitement, en cas de forme hyperkératosique, nécessite 3 cures d'un acaricide topique et oral à J0, J7 et J14, un éventuel décapage par une vaseline salicylée à 10 %, un isolement strict, le traitement des sujets contacts et la désinfection. Les dermo-corticoïdes sont à éviter.

Le prurit chez la personne âgée peut résulter de la xérose cutanée propre à cet âge, on parle de prurit sénile.

Le prurit peut aussi trouver sa cause dans une prise médicamenteuse, d'autant plus que le sujet est poly-médicamenté : c'est un diagnostic d'exclusion, après avoir éliminé d'autres causes, à évoquer devant une chronologie compatible et des tests d'éviction-réintroduction.

En cas de prurit sine materia chez une personne âgée, le bilan comprend NFS, créatinine, bilan hépatique, TSH, radio pulmonaire, échographie abdominale, tous examens à renouveler après plusieurs mois en cas de négativité.

Les dermo-corticoïdes ne trouvent leur place dans le traitement que s'il existe des signes d'inflammation. La xérose cutanée doit être combattue dans tous les cas.

Les tumeurs cutanées sont fréquentes chez le sujet âgé :

- Kératoses actiniques, susceptibles de se Cancériser et nécessitant d'être traitées, que ce soit par cryothérapie, divers topiques voire photothérapie dynamique en lumière du jour.
- La corne cutanée pose la question de sa nature : s'agit-il d'une simple kératose actinique ou bien, déjà, d'un carcinome épidermoïde ? Ne pas hésiter à enlever les croûtes et adresser pour biopsie toute lésion indolente qui ne guérit pas.
- Le carcinome épidermoïde est de plus en plus fréquent, lié au vieillissement et à l'exposition solaire, avec un risque de métastases ganglionnaires, voire pulmonaires chez les immuno-déprimés. Son traitement est chirurgical.
- Le carcinome baso-cellulaire, le plus fréquent des cancers cutanés, est rarement mortel mais sa malignité locale ne doit pas être sous-estimée. Le soleil est, là encore, le facteur étiologique majeur.
- Le mélanome de Dubreuilh est l'apanage du sujet âgé : lésion pigmentée siégeant habituellement au visage, hétérogène, d'évolution lente, d'abord in situ puis invasif.

En conclusion, ne pas retarder la prise en charge d'une tumeur cutanée au prétexte du grand âge ou de l'existence de troubles cognitifs, savoir recourir à la télé-expertise et examiner l'ensemble du tégument au moins une fois par an.

Messages clés

- Penser à la gale devant un prurit à prédominance nocturne.
- Aucune raison n'est bonne pour retarder le traitement d'une tumeur cutanée du sujet âgé.

Questions de formation

Quelle est la réponse exacte ?

- A. La pemphigoïde bulleuse peut ne pas comporter de bulles.
- B. Le diagnostic de pemphigoïde bulleuse peut être orienté par la NFS qui montre une lymphocytose.
- C. La gale du sujet âgé est constamment hyperkératosique.
- D. Le traitement local du prurit sénile repose sur les dermo-corticoïdes.

Quelle est la réponse exacte ?

- A. Le traitement de la pemphigoïde bulleuse repose d'abord sur les dermo-corticoïdes forts.
- B. En cas de gale hyperkératosique, et uniquement dans cette forme, les dermo-corticoïdes sont indiqués.
- C. La xérose cutanée liée à l'âge ne peut pas rendre compte à elle seule de l'existence d'un prurit.
- D. Il faut savoir retarder ou même renoncer au traitement d'une tumeur cutanée en raison du trop grand âge du patient.



ARTICLE 3 - PATHOLOGIES LIÉES AUX INSECTES.

Docteur Romain SALLE, dermatologue, Boulogne-Billancourt.

Docteur Marc BAYEN, généraliste, Guesnain.

Article rédigé par le Dr Yves ROUBEIX – Dermatologue.

Intro

Les insectes, outre le caractère plus ou moins désagréable de leurs attaques, sont susceptibles d'être vecteurs de pathologies parfois graves dont la fréquence pourrait augmenter en raison du changement de climat.

Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)

Le sujet de cet article concernera plus précisément les arthropodes, qui comprennent d'une part les insectes (6 pattes) (moustiques, poux et punaises) et, d'autre part, les arachnidés (8 pattes) (sarcoptes, tiques, araignées).

Les pathologies rencontrées diffèrent selon que l'on exerce en ville ou à la campagne.

Les arthropodes peuvent être catégorisés en fonction de leur potentiel : hématophages, vecteurs de maladies, allergisants, venimeux ?

En milieu urbain.

La gale est due à un acarien femelle, *Sarcoptes scabiei*, qui ne survit pas plus de 3 jours en dehors de la peau et ne résiste pas à une température supérieure à 55°C. L'incubation est de 3 semaines et la transmission interhumaine.

Les lésions cutanées manquent de spécificité mais certaines localisations sont évocatrices et il faut systématiquement examiner les organes génitaux externes. Certaines lésions sont spécifiques : sillons et nodules scabieux.

S'y associe un prurit intense, diffus, nocturne, gênant le sommeil, familial.

Chez l'enfant, l'atteinte palmo-plantaire doit évoquer le diagnostic.

Le diagnostic de la gale est clinique, éventuellement aidé du dermatoscope.

Le traitement d'une gale commune, qui concerne le patient et son entourage, est soit local : benzoate de benzyle pendant 24 heures ou perméthrine pendant 12 heures chez le nourrisson,

Soit per os : ivermectine (poids minimum 15 kg).

Traitement à renouveler 8 jours plus tard.

La pédiculose, infestation cutanée par les poux, insectes hématophages, se rencontre chez les personnes sans domicile fixe, atteignant le corps, ou chez les enfants au niveau du cuir chevelu.

Le diagnostic de la pédiculose du cuir chevelu se fait sur la constatation de lentes et surtout de poux vivants. Un impétigo du cuir chevelu doit être considéré de prime abord comme une pédiculose surinfectée.

Les poux de corps peuvent transmettre certaines affections telle la bartonellose.

Le traitement consiste, outre le nettoyage du linge à 60°, en l'extraction des parasites associée à un antiparasitaire topique. Si nécessaire, il peut être recouru à l'ivermectine, hors AMM.

La phtiriose est provoquée, au niveau du pubis, voire sur les cils, par les « morpions », non-vecteurs mais devant faire rechercher une infection sexuellement transmissible.

Le rasage assure le traitement.

Les punaises de lit, dont l'incidence est en forte augmentation, sont hématophages, transportées par bagages ou vêtements et peuvent survivre sans alimentation pendant 1 à 2 ans.

La piqûre passe inaperçue et seulement 30 % des patients réagissent, tardivement, 11 jours après : l'argument opposé par certains patients de la non-contagiosité n'est pas recevable.

Cliniquement, ce sont des papules érythémateuses avec centre hémorragique sur une zone découverte, de disposition linéaire. Le prurit est surtout matinal, s'améliorant le soir.

Le diagnostic de l'infestation est fait par le constat de déjections noirâtres, de traces de sang ou de la punaise elle-même, dans des lieux difficiles d'accès (matelas, papier peint).

Le traitement, outre la désinfection des locaux, est symptomatique par dermo-corticoïdes et anti histaminiques anti H1.

L'ivermectine et les anti parasitaires locaux sont inefficaces.

En milieu rural.

La tique *Ixodes ricinus* est désormais présente sur l'ensemble du territoire métropolitain, pouvant entraîner plusieurs pathologies autres que la maladie de Lyme, telles l'encéphalite à tiques, la tularémie, la fièvre Q.

La maladie de Lyme évolue en 3 stades :

- Primaire, c'est l'époque de l'érythème migrant.
- Secondaire, avec manifestations neurologiques, rhumatologiques ou cardiaques, ainsi que le lymphocytome et l'érythème migrant multiple.
- Tertiaire, avec l'acrodermatite chronique atrophiante.

Dans le sud de la France, la tique du chien est responsable de la fièvre boutonneuse méditerranéenne.

- Les aoûtats sont des larves d'acariens principalement trouvés dans le sud de la France, leurs piqûres prurigineuses atteignent les plis, les jambes et chevilles.
- Les pyemotes sont des acariens du sud de la France qui infestent les meubles en bois et déterminent des piqûres prurigineuses d'aspect en comète.
- Les chenilles processionnaires des pins et des chênes ont des poils urticants qui contaminent les promeneurs en forêt.

Les signes sont cutanés, avec prurit ou même douleur, à type d'urticaire, en partie haute du corps ; parfois aussi ophtalmologiques (conjonctivite, kératite), pulmonaires (toux, bronchospasme), digestifs (douleurs abdominales, vomissements), pouvant aller jusqu'au choc anaphylactique.

Le loxoscelisme est dû à la morsure d'une araignée dite du violoniste, déterminant quelques lésions, secondairement nécrotiques dans un cas sur deux, et de rares réactions systémiques.

Les morsures d'araignées sont rares bien que surdiagnostiquées.

Messages clés

- Le traitement de la gale commune est soit général par l'ivermectine, soit local.
- Les punaises de lit peuvent survivre jusqu'à 2 ans sans s'alimenter.

Questions de formation

Quelle est la réponse exacte ?

- A. La punaise de lit peut survivre jusqu'à deux semaines sans s'alimenter.
- B. Le traitement de la gale commune associe l'ivermectine à un antiparasitaire local.
- C. Les poux de corps peuvent être vecteurs de certaines pathologies.
- D. La tique *Ixodes ricinus* peut transmettre une seule maladie, dite de Lyme.

Quelle est la réponse exacte ?

- A. Les chenilles processionnaires du pin sont susceptibles de provoquer des troubles autres que cutanés.
- B. Les morsures d'araignées sont fréquentes.
- C. La piqûre de la punaise de lit provoque une vive douleur immédiate.
- D. L'ivermectine, hors AMM, est un traitement efficace des piqûres par les punaises de lit.



ARTICLE 4 - UTILISATION PRATIQUE DE CHRONORECO (ALGORITHME THÉRAPEUTIQUE EN DERMATOLOGIE).

Professeur Sébastien BARBAROT, dermatologue, Nantes.

Article rédigé par le Dr Yves ROUBEIX – Dermatologue.

Intro

Vivons avec notre temps et téléchargeons l'appli Chronoreco pour ne plus avoir à hésiter sur le traitement de plusieurs dermatoses courantes !

Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)

L'application Chronoreco (chronoreco.sfdermato.org) vous permet d'accéder aux recommandations de la Société Française de Dermatologie (SFD).

La recommandation cherchée est obtenue à la suite d'une progression pas à pas, en fonction des caractéristiques du patient.

Chronoreco est une aide à la prescription et ne remplace pas l'élaboration du diagnostic ni la discussion avec le patient pour le choix du traitement.

Si vous avez posé le diagnostic de teigne chez un enfant et que vous souhaitez obtenir des précisions sur le traitement à proposer, il suffit d'aller sur Chronoreco, d'indiquer le diagnostic de teigne et vous êtes alors guidés étape par étape en fonction de la situation du patient :

- Quel médicament, sous quelle forme et à quelle dose.
- Surveillance, contre-indications.
- Durée du traitement et date du contrôle clinique.
- Examens complémentaires.
- Conseils au patient : coiffure, désinfection du linge et des vêtements, dépistage des proches et de l'animal de compagnie, sous la forme de fiches pratiques à délivrer au patient.
- Fourniture d'une ordonnance type, prête à être complétée et imprimée.
- Sur le côté droit de l'écran se trouvent les références des essais cliniques en cours et auxquels votre patient serait susceptible de participer.

Devant une hidradénite suppurée (maladie de Verneuil), l'application vous permet d'en déterminer le stade et, selon qu'il s'agit d'un traitement de première ou deuxième ligne, de choisir le traitement de la poussée et le traitement d'entretien.

En cas d'urticaire chronique spontanée résistant à un traitement anti histaminique anti H1 à la dose d'un comprimé quotidien, vous indiquez vouloir un traitement de deuxième ligne et c'est l'augmentation des doses jusqu'à 4 comprimés par jour qui est conseillée.

Les mesures associées au traitement sont également indiquées : pas de régime alimentaire d'éviction systématique, éducation thérapeutique, approche psychothérapeutique etc.

Au total, dès maintenant, sont à votre disposition les recommandations sur l'acné, l'urticaire chronique spontanée, l'hidradénite suppurée (maladie de Verneuil), les

teignes et les traitements systémiques du psoriasis. Et pour 2025 sont attendues celles sur les IST, la gale de l'enfant et de la femme enceinte, la dermatite atopique.

Messages clés

- Une prise en charge globale du traitement du patient.
- Des mises à jour régulières.

Questions de formation

Quelle est la réponse exacte ?

- A. Chronoreco est un outil d'aide au diagnostic.
- B. Toutes les dermatoses les plus courantes y sont trouvées.
- C. La situation particulière de votre patient ne peut pas être prise en compte.
- D. Chronoreco est une émanation de la Société Française de Dermatologie.



ARTICLE 5 - RECOMMANDATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DERMATITE ATOPIQUE.

Docteur Nina SIGG, dermatologue, Angers.

Article rédigé par le Dr Yves ROUBEIX – Dermatologue.

Intro

À travers quelques cas cliniques pratiques, l'intervenante expose les recommandations françaises pour la prise en charge de cette affection devenue fréquente.

Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)

Des recommandations françaises car mieux adaptées au système de santé français que ne le sont les recommandations européennes et pensées dans un esprit de grande praticité.

Elles ont été élaborées par un groupe de travail constitué par le groupe de recherche sur l'eczéma français et le centre de preuves en dermatologie.

La force des recommandations est illustrée par des couleurs :

- Vert foncé : recommandation forte ;
- Vert clair : suggestion de faire ;
- Mauve : pas de recommandation possible ;
- Rose : suggestion de ne pas faire ;
- Rouge : forte recommandation à l'encontre ;
- Orange : opinion des experts, en l'absence de données fournies par la littérature.

Elles transmettent des messages clés sur la prise en charge globale, les facteurs favorisants, les complications infectieuses et les traitements locaux, ce qu'illustre ce cas clinique :

Malo, 6 mois, souffre d'une DA depuis l'âge de 2 mois, il est agité et dort mal. Les parents, épuisés, grands fumeurs, ont arrêté le lait de vache, donnent une cuiller à café d'huile de bourrache chaque matin, ont installé un adoucisseur d'eau et n'utilisent que des émoullients.

Facteurs environnementaux à modifier :

- Éviction du tabac, éviter les vêtements irritants (laine) ;
- Pas de recommandation concernant les probiotiques, les compléments alimentaires, les anti-oxydants, la vitamine D, les adoucisseurs d'eau. ;
- Ne pas utiliser l'huile de bourrache ou d'onagre.

Alimentation :

- En l'absence de réaction immédiate, pas de bilan allergologique ni de régime alimentaire systématique ;

- Avis des experts : diversification alimentaire à partir de 4 mois, ne pas faire d'éviction préventive ;
- Un avis allergologique est demandé en cas de réaction immédiate de type IgE (urticaire, angio-oedème) reliée à un aliment ou bien en cas de DA modérée à sévère, résistant à un traitement bien conduit avec suspicion d'aggravation après une prise alimentaire.

Traitement :

- Poussées : dermocorticoïdes, forts sur le corps et modérés sur le visage, une fois par jour jusqu'à disparition des lésions, sans décroissance progressive (avis des experts) ;
- Sécheresse cutanée : émoullients quotidiens en traitement de fond avec une galénique adaptée à la saison.

Impact global :

- Impact psychologique : évaluer l'impact sur la vie de famille, prise en charge psychologique éventuelle ;
- Corticophobie : sujet à aborder dès la première consultation ;
- Éducation thérapeutique : conseillée.

Eczéma prédominant au visage, chez une femme de 32 ans, avec poussées fréquentes traitées par Tridésone[®] crème sur le visage et Diprosone[®] crème sur les lésions du corps.

Optimisation du traitement :

- Utiliser les inhibiteurs de calcineurine topiques (pommade Protopic[®]) en cas d'usage répété sur zones à risque d'atrophie par les dermocorticoïdes ;
- Recourir à un traitement pro-actif, deux fois par semaine, soit de façon répartie dans le temps, soit deux jours de suite le week-end.
- Pas d'intérêt des antihistaminiques pour le prurit dans la DA.

Eczéma impétiginisé chez un enfant de 24 mois avec lésions devenues suintantes en climat légèrement fébrile.

Conduite à tenir :

- Prélèvement bactériologique en cas de bulle ou pustule ;
- Traitement antibiotique per os ;
- Poursuite du traitement dermocorticoïde ;
- Toilette quotidienne à l'eau et au savon.

Eczéma herpeticum chez un homme de 19 ans, eczémateux depuis l'enfance, avec apparition de lésions vésiculo-croûteuses du visage, polyadénopathies et fièvre à 39 °C.

Conduite à tenir :

- PCR HSV et traitement antiviral systémique immédiat ;

- Arrêt des dermocorticoïdes.

Les traitements systémiques de la DA.

Les options thérapeutiques sont devenues nombreuses : aux anciens traitements par ciclosporine, méthotrexate ou photothérapie, sont venus s'ajouter plusieurs biothérapies et JAK inhibiteurs.

Ils pourront être proposés par le dermatologue pour les cas difficiles.

Les outils pratiques.

- Un algorithme sera disponible début 2025 avec les solutions de traitement pour chaque cas de dermatite atopique ;
- Une boîte à outils avec les questions les plus fréquentes posées par les patients ;
- Ils figureront sur la plateforme des algorithmes du Centre de Preuves en Dermatologie.

Messages clés

- Pas de bilan allergologique systématique.
- Pas d'éviction alimentaire systématique.
- Examen bactériologique uniquement sur une lésion fermée (pustule, bulle).

Questions de formation

Quelle est la réponse exacte ?

- A. Les recommandations françaises sont préférées aux recommandations européennes en matière de prise en charge de la dermatite atopique.
- B. Le tabagisme des parents est sans influence sur la dermatite atopique de leur nourrisson.
- C. Le traitement local pro-actif de la DA ne peut concerner que les dermocorticoïdes.
- D. D. Devant l'échec du traitement de la DA par dermocorticoïdes, il faut aborder la question de la corticophobie.

Quelle est la réponse exacte ?

- A. Lors d'une suspicion d'Eczéma herpeticum, une PCR HSV est prescrite et, en cas de positivité, un traitement antiviral est institué.
- B. Devant un eczéma d'allure impétiginisée, un examen bactériologique sur une zone suintante est utile.
- C. C. Un traitement local pro-actif de DA consiste en 2 applications par semaine, le week-end ou réparties dans le courant de la semaine.
- D. Il faut éviter les dermocorticoïdes forts chez l'enfant de moins de deux ans.

Réponses QUIZZ

MALTRAITANCE DE L'ENFANT : RECONNAÎTRE LES SIGNES CUTANÉS ET CONDUITE A TENIR.

Peut-on écrire dans notre certificat la phrase suivante : « Vu le nombre d'heures passées devant les écrans de l'enfant, sa mère ne doit pas beaucoup s'en occuper. » ?

- Non, on ne peut pas incriminer une personne, ni faire de jugement de valeur.

Quel signe peut orienter vers une brûlure volontaire ?

- Un respect des plis

ACTUALITÉS EN PHOTOPROTECTION.

Que penser de la présence d'alcool dans certains solaires ?

- Ils augmentent la pénétration des actifs dans la peau, alors que les filtres doivent rester en surface pour être efficaces.

Peut-on conseiller au patient de mettre de l'autobronzant avant l'exposition solaire ?

- Non, les autobronzants ne protègent pas du soleil, et ne permettent pas la fabrication de mélatonine.

SYMPOSIUM SATELLITE NOVARTIS - PEUT-ON CHANGER L'HISTOIRE NATURELLE DES DERMATOSES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES ? DE LA THÉORIE A LA VRAIE VIE.

Quelle est la contre-indication du Sécuinumab ?

- Une infection active et cliniquement importante.

Quelle est la pathologie souvent associée à la maladie de Verneuil ?

- La maladie de Crohn.

TÉLÉDERMATOLOGIE : QUELLES NOUVELLES ORGANISATIONS ? QUELLES INNOVATIONS ? QUELLES PERSPECTIVES ?

Combien de téléexpertises puis-je faire par patient par an ?

- 4

Quel type de consultation est exclu de la téléconsultation ?

- L'avis ponctuel de consultant

VITILIGO : LA PRISE EN CHARGE A L'ÈRE DES INNOVATIONS.

À partir de quel âge peut-on utiliser le ruxolitinib ?

- 12 ans

Ce traitement topique est le traitement de première intention dans quelle forme de vitiligo ?

- Vitiligo non segmentaire

DE LA FORÊT JUSQU'AU DERMATOLOGUE : LE PÉRIPLÉ DES ZONOSSES.

Quelle est la particularité de la dengue ?

- Les symptômes sévères arrivent souvent après disparition de la fièvre. VRAI

Quel est le risque avec le virus du Nil occidental ?

- Développement d'atteintes neurologiques graves. VRAI

ACTUALITÉS EN ALLERGIE DE CONTACT

Quel est le mécanisme d'un eczéma des paupières ?

- Contact direct mais aussi souvent indirect par manuportage ou aéroportage

Dans quel cas la pose de patchs tests est inutile ?

- Si le patient est sous immunosuppresseur à haute dose

ACTUALITÉS DANS LES MALFORMATIONS VASCULAIRES : APPROCHE THÉRANOSTIQUE

Qu'évoquer devant une malformation vasculaire de la face ?

- Le syndrome de Sturge Weber

Quel traitement n'est pas proposé dans les malformations vasculaires ?

- Les anticoagulants

SYMPOSIUM SATELLITE BIODERMA - NAOS - LE FARDEAU DE LA ROSACÉE : QUELLES AVANCÉES POUR VOS PATIENTS ?

Quels sont les risques d'aggravation de la rosacée ?

- Le rhynophyma et pyoderma facial

Quel est le traitement de la rosacée oculaire ?

- Antibiotiques systémiques ou par collyres

TCC, MÉDITATION PLEINE CONSCIENCE, HYPNOSE ET DERMATOLOGIE, UN ACCOMPAGNEMENT DU FARDEAU DE LA MALADIE.

Quelles sont les contre-indications de la cohérence cardiaque ?

- Aucune, elle améliore l'état de santé global de tout le monde

Quelle pratique sera plus facile pour commencer ?

- La méditation guidée

MALADIE DE LYME ET AUTRES MALADIES VECTORIELLES À TIQUES : QUOI DE NEUF EN 2024 ?

Comment faire le diagnostic d'érythème migrant ?

- L'examen est clinique

Quelle est la conduite à tenir si l'érythème migrant a bien disparu sous antibiotique ?

- Il faut simplement une surveillance clinique

DERMATOGÉRIATRIE : NOUVELLES APPROCHES POUR DE NOUVEAUX DÉFIS OU DES CAS CLINIQUES QUI DÉFIENT LE TEMPS !

Quel IMC est corrélé à une surmortalité dans la population âgée ?

- 22

À quelle contre-indication faut-il penser avec les traitements par antifongiques ?

- Les AVK

SYMPOSIUM SATELLITE LILLY - DÉFAIRE LE NŒUD : SURMONTER LA PELADE

Quel paramètre faut-il suivre 12 semaines après l'introduction du baricitinib ?

- Les lipides VRAI

Que reste le traitement de base de la pelade ?

- Les Corticoïdes

FLASHS POUR LA PRATIQUE 3 - CHEVEUX

Comment se fait le diagnostic de teigne ?

- Examen direct des squames de la peau

Quel autre symptôme cutané doit faire évoquer une dysraphie ?

- Une fossette lombosacrée atypique

VIRUS ÉMERGENTS VACCINS DÉDIÉS EN COURS DE DÉVELOPPEMENT

Quelle est l'incidence de l'allergie au vaccin antigrippal ?

- Moins de 1/10 000

Quel est le principe des vaccins à ARNm ?

Faire produire les fragments d'agents infectieux capables de stimuler la réponse immunitaire par les cellules du patient

IMMUNOLOGIE & MÉDECINE PERSONNALISÉE EN DERMATOLOGIE

Quels sont les 5P de la médecine ?

- Préventive, personnalisée, prédictive, participative, avec preuves

DEVENIR ÉCORESPONSABLE : EST-CE UTILE ? COMMENT FAIRE EN PRATIQUE ? COMMENT JE COMMUNIQUE AVEC MES PATIENTS ?

Combien de boîtes de médicaments sont vendues par an en France ?

- 3 milliards

Quel est le pourcentage de médicaments prescrits jamais utilisés ?

- 20 %

DERMATITE ATOPIQUE EN PRATIQUE, QUELS TRAITEMENTS POUR QUELS PATIENTS ?

Quelle est la réponse exacte ?

1. Un bilan biologique pré-thérapeutique est nécessaire avant de commencer le dupilumab.
2. Le dupilumab n'est autorisé qu'à partir de 12 ans.
3. Un effet indésirable du dupilumab est la kérato-conjonctivite.
4. Les vaccins vivants sont possibles sous dupilumab.

Réponse exacte : C.

Quelle est la réponse exacte ?

1. Le dupilumab est soumis à une prescription initiale hospitalière.
2. Les anti JAK sont soumis à une prescription initiale hospitalière.
3. Le délai d'apparition d'une toxidermie eczématiforme est habituellement court.
4. La durée du traitement de la DA par biothérapie n'excède pas un an.

Réponse exacte : B.

NÉOPHYTES EN LYMPHOCYTES ? BIOTHÉRAPIES ANTI-INFLAMMATOIRES, IMMUNOTHÉRAPIES ANTI-TUMORALES, SI VOUS N'AVEZ PAS ENCORE PRIS LE VIRAGE IMMUNOLOGIQUE EN DERMATOLOGIE.

Quelle est la réponse exacte ?

1. Les biothérapies ont révolutionné le traitement du mélanome métastatique.
2. Dans l'épiderme se trouvent des lymphocytes T.

3. Un bilan préthérapeutique et un suivi biologique sont nécessaires pour le dupilumab.
4. Une sérologie HIV, HVB ou HVC positive contre-indique la biothérapie.
Réponse exacte : B.

Quelle est la réponse exacte ?

1. A. Le traitement par anti PD1 du mélanome métastatique doit être poursuivi sans limitation de durée.
2. L'immunothérapie du mélanome ne s'adresse qu'aux stades IV et III.
3. C. Les effets indésirables cutanés de l'immunothérapie sont fréquents mais dépourvus de gravité.
4. L'immunothérapie est le traitement de première ligne du carcinome épidermoïde métastatique.
Réponse exacte : D.

URGENCES DERMATOLOGIQUES.

Quelle est la réponse exacte ?

1. Le traitement d'une leishmaniose cutanée s'impose sans tarder.
2. Certaines leishmanioses cutanées comportent aussi une atteinte muqueuse nasale.
3. La maladie de Horton se manifeste le plus souvent par une nécrose cutanée du scalp.
4. Les effets secondaires cutanés des anti PD1 sont fréquents et le plus souvent graves.
Réponse exacte : B.

Quelle est la réponse exacte ?

1. Les anti-histaminiques sont rapidement efficaces sur le prurit du larva migrans.
2. La pustulose sous cornée de Sneddon Wilkinson peut révéler un myélome multiple.
3. Le diagnostic de leishmaniose se fait par les cultures.
4. La contagiosité du larva migrans est interhumaine.
Réponse exacte : B.

LES ESSENTIELS DE LA DERMATO-ALLERGOLOGIE DE CONTACT AU CABINET.

Quelle est la réponse exacte ?

1. L'allergie aux résines époxy est toujours professionnelle.
2. Le sodium métabisulfite, allergène de l'année 2024, peut être trouvé dans des crèmes médicamenteuses.
3. L'utilisation des isothiazolinones est maintenant totalement interdite pour les produits cosmétiques.
4. Les prick tests sont le seul procédé d'exploration d'une urticaire.
Réponse exacte : B.

Quelle est la réponse exacte ?

1. La batterie standard européenne comporte plus de 50 allergènes.
2. Tous les produits professionnels peuvent être testés après accord du patient.
3. Après pose des patch tests, une seule lecture est prévue à J2-J3.
4. Les dermo-corticoïdes doivent être arrêtés 7 jours avant les tests.

Réponse exacte : D.

URTICAIRE : ALLEZ PLUS LOIN

Quelle est la réponse exacte ?

1. A. En cas d'urticaire généralisée avec choc anaphylactique, il faut injecter en urgence des corticoïdes.
2. B. Le traitement de 3e intention de l'urticaire chronique spontanée repose uniquement sur la ciclosporine.
3. L'urticaire au froid peut être responsable de noyade.
4. D. L'angio-oedème mastocytaire non allergique, à localisation laryngée, comporte un risque important d'asphyxie.

Réponse exacte : C.

Quelle est la réponse exacte ?

1. La première cause d'échec du traitement dans l'urticaire chronique spontanée est la mauvaise observance.
2. Certains cas d'urticaire chronique inductible sont d'origine allergique.
3. C. L'urticaire chronique est définie par des poussées, une à plusieurs fois par mois, pendant plus de 6 mois.
4. Les patients qui ont un chiffre élevé d'IgE sont de mauvais répondeurs à l'omalizumab.

Réponse exacte : A.

LUMIÈRE SUR LA FEMME ET SON PSORIASIS : IMPACTS ET DIFFÉRENTES ATTEINTES

Quelle est la réponse exacte ?

1. Le psoriasis génital a un impact négatif sur la fertilité.
2. La contraception n'est pas utile sous biothérapie.
3. Le traitement local du psoriasis vulvaire repose sur l'association bêtaméthasone-calcipotriol.
4. La localisation muqueuse, vestibulaire, du psoriasis est fréquente.

Réponse exacte : A.

Quelle est la réponse exacte ?

1. Les signes de l'atteinte unguéale psoriasique sont pathognomoniques.
2. Un traitement précoce de l'atteinte unguéale peut prévenir l'apparition d'un rhumatisme.
3. L'allaitement est impossible sous méthotrexate et biothérapies.
4. D. Pas de précaution particulière à prendre chez le nouveau-né exposé aux biothérapies pendant la grossesse.

Réponse exacte : B.

LES VULVODYNIES : MIEUX LES COMPRENDRE POUR AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE

Quelle est la réponse exacte ?

- A. La vulvodynie est une douleur chronique, durant plus de 6 mois.
- B. Le microbiote vaginal est modifié dans la vulvodynie.
- C. Les vulvodynies spontanées de la femme jeune sont les plus fréquentes.
- D. La vulvodynie est la seule cause de douleur vulvaire chronique.

Réponse exacte : B.

Quelle est la réponse exacte ?

- A. La vulvodynie peut avoir une cause psychosomatique ou psychologique.
- B. Son traitement est uniquement psychothérapique.
- C. Le profil des patientes est le même pour toutes les vulvodynies.
- D. Une rééducation périnéale peut être proposée en dernier recours.

Réponse exacte : A.

MYTHES ET RÉALITÉS DANS LA PRISE EN CHARGE DES PLAIES.

Quelle est la réponse exacte ?

- A. Les indications des substituts cutanés sont principalement non chirurgicales.
- B. En cas de plaie infectée, un traitement antibiotique est toujours nécessaire.
- C. Une nécrose ischémique humide doit faire l'objet d'une simple surveillance.
- D. Le nettoyage des plaies à l'eau et au savon est recommandé.

Réponse exacte : D.

Quelle est la réponse exacte ?

- 1. L'hydroxyurée (Hydrea®) est responsable d'ulcérations.
- 2. Un prélèvement bactériologique à l'écouvillon est souhaitable devant une plaie d'allure infectée.
- 3. Le traitement de première intention de l'érysipèle est la pénicilline G.
- 4. L'insuffisance veineuse chronique est secondaire soit à la maladie variqueuse, soit à un syndrome post thrombotique.

Réponse exacte : A.

DERMATOSES DES MAINS : ÉCUEILS ET ASTUCES DIAGNOSTIQUES.

Quelle est la réponse exacte ?

- 1. L'eczéma nummulaire n'est pas lié à un contact.
- 2. Les acrylates traversent les gants en caoutchouc.
- 3. Les patch tests sont indiqués en cas d'eczéma des mains évoluant depuis plus d'un mois.
- 4. Une atteinte unilatérale est en faveur du diagnostic d'eczéma de contact.

Réponse exacte : B.

Quelle est la réponse exacte ?

- 1. Une pemphigoïde bulleuse peut prendre l'aspect d'une dyshidrose.
- 2. Un œdème prurigineux des lèvres évoque le diagnostic d'angio-œdème.
- 3. La présentation clinique de la dermatite allergique de contact des mains est assez monomorphe.
- 4. La manifestation la plus fréquente de la dermatite allergique de contact des mains est un eczéma hyperkératosique palmaire.

Réponse exacte : A.

BIOSIMILAIRES EN 2024 : QU'EST-CE QUE LE DERMATOLOGUE DOIT SAVOIR ?

Quelle est la réponse exacte ?

- 1. Le seul biosimilaire disponible en dermatologie est celui de l'ustékinumab.

2. En étude clinique de phase III, le biosimilaire est comparé à un placebo.
3. Le seul intérêt du biosimilaire est d'ordre économique.
4. D. Pour les biothérapies du psoriasis, les recommandations d'experts indiquent en première ligne les anti IL 17 ou 23.

Réponse exacte : D.

Quelle est la réponse exacte ?

1. Un taux élevé d'IgE dans l'urticaire chronique est prédictif d'une mauvaise réponse à l'omalizumab.
2. La prise en charge dermatologique de l'urticaire chronique diffère selon qu'elle est de type I ou IIb.
3. Le suivi biologique d'un patient sous omalizumab se résume à une NFS et bilan hépatique tous les trois mois.
4. D. Le switch entre le princeps et son biosimilaire est recommandé, le switch entre deux biosimilaires est possible.

Réponse exacte : D.

PATHOLOGIES LIÉES AUX PAPILLOMAVIRUS HUMAINS : AMÉLIOREZ VOS CONNAISSANCES ET DÉCOUVREZ LES DERNIÈRES ACTUALITÉS.

Quelle est la réponse exacte ?

1. La tumeur de Buschke-Löwenstein évolue rapidement vers un carcinome épidermoïde.
 1. Les condylomes sont tous dus aux HPV 6 ou 11, à bas risque.
 2. Le traitement des condylomes peut associer cryothérapie et topiques locaux.
 3. L'imiquimod et la podophyllotoxine sont contre-indiqués chez la femme enceinte.

Réponse exacte : C.

Quelle est la réponse exacte ?

1. L'HPV 16 est reconnu comme facteur des cancers de l'oropharynx.
 1. Les cancers ORL HPV induits sont rapidement reconnus car douloureux.
 2. Le vaccin anti HPV n'est pas efficace pour prévenir les cancers ORL HPV induits.
 3. La papulose bowénoïde est due aux HPV 6 et 11, à bas risque.

Réponse exacte : A.

LE GRIDIST PRÉSENTE : ACTUALITÉS DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES.

Quelle est la réponse exacte ?

1. Le taux de résistance du gonocoque à la ceftriaxone est en croissance rapide.
 1. En cas d'allergie à la pénicilline, le recours à l'azithromycine est une bonne option.
 2. Le tréponème de la syphilis ne peut pas être cultivé.
 3. Des cas d'IST à dermatophytes ont été décrits chez des HSH.

Réponse exacte : D.

Quelle est la réponse exacte ?

1. L'Île de France est championne de France pour le nombre de cas diagnostiqués de syphilis.
 1. La folliculite à *Klebsiella aërogènes* est rencontrée exclusivement chez les HSH.
 2. En cas d'allergie à la pénicilline, il est impossible d'utiliser la ceftriaxone.
 3. La lymphogranulomatose vénérienne est due à *Mycoplasma genitalium*.Réponse exacte : A.

DERMATO-PEDIATRIE COURANTE (TROUBLES PIGMENTAIRES, DERMITE DU SIÈGE, ETC.).

Quelle est la réponse exacte ?

1. La dermite irritative du siège du nourrisson atteint principalement les plis.
2. Le traitement à conseiller pour une dermite irritative du siège est de laisser les fesses à l'air.
3. Devant une dermite irritative du siège, il faut éviter le savon.
4. Le molluscum contagiosum ne requiert aucun traitement.

Réponse exacte : D.

Quelle est la réponse exacte ?

1. Une carence en zinc ne se manifeste que par des signes cutanés.
2. Les eczématides peuvent être responsables d'hyper ou d'hypo-pigmentation.
3. Il faut évoquer une neurofibromatose de type 1 en présence de plus de 3 taches café au lait.
4. La surveillance des nævi est souhaitable à tout âge, chez l'enfant comme chez l'adulte.

Réponse exacte : B.

DERMATOLOGIE DES PERSONNES ÂGÉES.

Quelle est la réponse exacte ?

1. La pemphigoïde bulleuse peut ne pas comporter de bulles.
2. Le diagnostic de pemphigoïde bulleuse peut être orienté par la NFS qui montre une lymphocytose.
3. La gale du sujet âgé est constamment hyperkératosique.
4. Le traitement local du prurit sénile repose sur les dermo-corticoïdes.

Réponse exacte : A.

Quelle est la réponse exacte ?

1. Le traitement de la pemphigoïde bulleuse repose d'abord sur les dermo-corticoïdes forts.
2. En cas de gale hyperkératosique, et uniquement dans cette forme, les dermo-corticoïdes sont indiqués.
3. La xérose cutanée liée à l'âge ne peut pas rendre compte à elle seule de l'existence d'un prurit.
4. Il faut savoir retarder ou même renoncer au traitement d'une tumeur cutanée en raison du trop grand âge du patient.

Réponse exacte : A.

PATHOLOGIES LIÉES AUX INSECTES.

Quelle est la réponse exacte ?

1. La punaise de lit peut survivre jusqu'à deux semaines sans s'alimenter.
2. Le traitement de la gale commune associe l'ivermectine à un antiparasitaire local.
3. Les poux de corps peuvent être vecteurs de certaines pathologies.
4. La tique *Ixodes ricinus* peut transmettre une seule maladie, dite de Lyme.

Réponse exacte : C.

Quelle est la réponse exacte ?

1. Les chenilles processionnaires du pin sont susceptibles de provoquer des troubles autres que cutanés.
2. Les morsures d'araignées sont fréquentes.
3. La piqûre de la punaise de lit provoque une vive douleur immédiate.
4. L'ivermectine, hors AMM, est un traitement efficace des piqûres par les punaises de lit.

Réponse exacte : A.

UTILISATION PRATIQUE DE CHRONORECO (ALGORITHME THÉRAPEUTIQUE EN DERMATOLOGIE).

Quelle est la réponse exacte ?

1. Chronoreco est un outil d'aide au diagnostic.
2. Toutes les dermatoses les plus courantes y sont trouvées.
3. La situation particulière de votre patient ne peut pas être prise en compte.
4. Chronoreco est une émanation de la Société Française de Dermatologie.

Réponse exacte : D.

RECOMMANDATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DERMATITE ATOPIQUE.

Quelle est la réponse exacte ?

1. Les recommandations françaises sont préférées aux recommandations européennes en matière de prise en charge de la dermatite atopique.
2. Le tabagisme des parents est sans influence sur la dermatite atopique de leur nourrisson.
3. Le traitement local pro-actif de la DA ne peut concerner que les dermocorticoïdes.
4. D. Devant l'échec du traitement de la DA par dermocorticoïdes, il faut aborder la question de la corticophobie.

Réponse exacte : A.

Quelle est la réponse exacte ?

1. Lors d'une suspicion d'Eczéma herpeticum, une PCR HSV est prescrite et, en cas de positivité, un traitement antiviral est institué.
2. Devant un eczéma d'allure impétiginisée, un examen bactériologique sur une zone suintante est utile.
3. C. Un traitement local pro-actif de DA consiste en 2 applications par semaine, le week-end ou réparties dans le courant de la semaine.
4. Il faut éviter les dermocorticoïdes forts chez l'enfant de moins de deux ans.

Réponse exacte : C.