

BIODERMA

CONGRESS REPORTS

Skin of Color Update 2024 Bioderma Congress Reports

Rapports rédigés par le Dr Susanna Margaretha Hendrina Kannenberg (Dermatologue, Afrique du Sud)

Diversité dans les essais cliniques en dermatologie

Conférenciers : Valerie M. Harvey, Andrew F. Alexis et Cheryl Burgess

Diversité dans les essais cliniques en dermatologie : État de la science Que pouvons-nous faire ?

Valérie M. Harvey, MD, MPH, FAAD

Le Dr Valerie Harvey a souligné le manque persistant de progrès dans l'amélioration de la diversité au sein des essais dermatologiques, ce qui continue d'exacerber les disparités en matière de santé. Malgré les efforts, seulement 30 % des essais sur le psoriasis ont démontré une diversité adéquate. Le Dr Harvey a souligné le besoin urgent de cohortes plus diversifiées dans les études cliniques, ce qui contribuerait à rétablir la confiance et à améliorer l'accès aux traitements vitaux pour les populations sous-représentées. Une diversité accrue fournira également des informations précieuses pour l'utilisation sûre et efficace des produits médicaux dans différents groupes démographiques.

En réponse à ce problème, la FDA a rédigé un « Plan d'action pour la diversité », qui aura un impact sur toutes les études cliniques impliquant des participants, 180 jours après la publication des directives finales, prévue pour juin 2025.

Le Dr Harvey a également souligné la nécessité d'améliorer les définitions et les instruments pour décrire la peau de couleur (PdC) en dermatologie clinique. Elle a souligné l'importance de supprimer les descripteurs biaisés de la PdC et d'éliminer la classification par sexe dans les essais. De plus, il est nécessaire de disposer d'outils mieux validés pour mesurer la PdC, allant au-delà de la classification obsolète du type de peau selon Fitzpatrick. Les nouveaux outils doivent être réalisables en termes de temps, de coût et de fiabilité.

Les outils émergents en cours de développement comprennent l'échelle de couleur de peau humaine Eumélanine, l'angle de typologie individuelle et l'échelle de teint Monk, qui visent à évaluer et à représenter plus précisément la PdC dans les essais cliniques.

Approbations récentes de médicaments notables et dignes d'intérêt : quoi de neuf dans l'arsenal de la dermatologie médicale pour les patients ayant une peau de couleur

Dr Andrew F. Alexis, MPH, FAAD

Le Dr Andrew Alexis a récemment évoqué les importantes approbations de médicaments qui élargissent l'arsenal de la dermatologie médicale pour les patients ayant une peau de couleur. Parmi les approbations notables figure l'inhibiteur de la PDE4 : **crème de roflumilast 0,3 %**, approuvée pour le traitement du psoriasis chez les patients âgés de 6 ans et plus. De plus, **la crème de roflumilast 0,15 %** a été approuvée pour le traitement de la dermatite atopique (DA) légère à modérée chez les patients âgés de 6 ans et plus avec un soulagement très rapide du prurit (même après une seule application). **La mousse de roflumilast à 0,3 %**, pour le traitement de la dermatite séborrhéique chez les patients âgés de 9 ans et plus, a également été approuvée. La formulation en mousse offre une option pratique dans la dermatite séborrhéique, en particulier pour les zones telles que le cuir chevelu, qui peuvent être difficiles à traiter, en particulier chez les patients ayant une PdC. Ces formulations agissent comme des inhibiteurs de la phosphodiesterase-4 (PDE4), qui augmentent les niveaux d'AMP cyclique (AMPC), supprimant ainsi les médiateurs pro-inflammatoires et améliorant la production de médiateurs anti-inflammatoires. Une autre homologation notable concerne la crème au tapinarof à 1 %, indiquée dans le traitement du psoriasis en plaques chez l'adulte. Le tapinarof est également en cours de développement dans la dermatite atopique et s'avère prometteur en tant que traitement innovant pour les deux affections. Le tapinarof est une petite molécule thérapeutique topique classée comme agent modulateur (TAMA) du récepteur des hydrocarbures aryliques (AhR). Le mécanisme d'action qu'il propose implique l'activation de la voie AhR, qui permet de réguler les réponses immunitaires de la peau et à réduire l'inflammation. En modulant ce récepteur, le tapinarof favorise la production de protéines anti-inflammatoires tout en supprimant les cytokines pro-inflammatoires, contribuant ainsi à la restauration de la fonction barrière de la peau. On pense que ce mécanisme contribue à son efficacité dans le traitement des maladies inflammatoires de la peau telles que le psoriasis en plaques et, à l'avenir, la dermatite atopique. Dans l'essai d'extension du tapinarof, les patients ayant participé à l'étude avec un score d'évaluation globale par le médecin (PGA) de 0 (peau claire) ont connu un effet rémittent d'une durée moyenne de 115 jours. L'un des effets indésirables les plus fréquemment rapportés était la folliculite, survenant chez 22,7 % des patients.

Cependant, les observations ont montré qu'il s'agissait plus souvent de papules folliculaires hyperkératosiques que de la présentation typique d'une folliculite.

Les avancées récentes dans le domaine des produits biologiques pour les affections dermatologiques comprennent plusieurs approbations notables :

1. Le bimékizumab, première substance à double inhibition qui cible à la fois l'IL-17A et l'IL-17F. Des essais cliniques ont montré que le bimékizumab permettait une meilleure purification de la peau par rapport au sécukinumab, un autre inhibiteur de l'IL-17A. Il a cependant été associé à un risque accru de candidose buccale (légère à modérée), un effet secondaire connu de l'inhibition de l'IL-17. Il convient de noter que l'incidence des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) chez les patients traités par bimékizumab n'était pas plus élevée qu'avec d'autres inhibiteurs de l'IL-17, ce qui est rassurant quant à son profil de sécurité à cet égard. (Également étudié dans l'hydradénite suppurée)
2. Le sécukinumab a récemment été approuvé dans le traitement de l'hydradénite suppurée (HS). Administré toutes les deux semaines, le sécukinumab a montré une efficacité clinique dans l'amélioration rapide des signes et symptômes de l'HS, indépendamment de l'exposition biologique antérieure. Lors des essais cliniques, il a démontré un profil de sécurité favorable avec une réponse soutenue durant jusqu'à 52 semaines de traitement.
3. Le tralokinumab a été approuvé sous forme d'auto-injecteur dans le traitement de la dermatite atopique (DA) modérée à sévère, offrant une option pratique pour les patients nécessitant un traitement à long terme.
4. Le lébrikizumab a reçu l'approbation de la FDA le 13 septembre 2024 dans la DA modérée à sévère.
5. Le némolizumab a été approuvé par la FDA en août 2024 dans le traitement du prurigo nodulaire, afin de traiter les démangeaisons intenses et les lésions cutanées nodulaires associées à cette affection. (Également étudié dans la DA.)

Ces approbations représentent un progrès significatif dans l'élargissement des options thérapeutiques des dermatoses inflammatoires, améliorant ainsi les soins et les résultats des patients.

Procédures cosmétiques chez les patients ayant une peau de couleur : comprendre les nuances culturelles, structurelles et biologiques

Dr Cheryl Burgess, FAAD

Le Dr Cheryl Burgess a discuté des différences uniques et des considérations importantes dans l'évaluation et le traitement des patients ayant une peau de couleur (PdC). Les principales différences physiologiques des PdC comprennent des fibroblastes multinucléés et plus gros, un pH cutané plus bas, une dispersion mélanosomale accrue, des granules de mastocytes plus gros, une réactivité variable des vaisseaux sanguins, des différences de taille au niveau des pores du visage et une récupération élastique ainsi qu'une extensibilité distinctes de la peau.

Les différences culturelles jouent également un rôle important dans les attentes esthétiques des patients :

- Les femmes d'Asie du Sud-Est ont souvent de petits visages, de grands yeux et un visage en forme de V.
- Les patients du Moyen-Orient accordent une grande importance à la taille et à la forme du nez, la rhinoplastie étant là-bas une procédure courante.
- Les femmes d'Afrique de l'Ouest sont culturellement encouragées à conserver une silhouette plus généreuse, parfois en gavant les jeunes filles afin d'atteindre cet idéal.
- Les cultures du Pacifique Sud valorisent les tatouages tribaux, y compris au niveau du visage et des lèvres.
- Les femmes afro-américaines ont généralement un rapport lèvre supérieure/lèvre inférieure de 1:1, avec une perte de volume de la lèvre supérieure apparaissant avec l'âge.

Dans tous les groupes à la PdC, les préoccupations courantes sont les suivantes : teint irrégulier, cernes infra-orbitaires et relâchement cutané. En ce qui concerne la pigmentation, le Dr Burgess a souligné l'utilité d'une lampe de Wood afin de déterminer la profondeur de la pigmentation, notant que la pigmentation épidermique est plus facile à traiter que la pigmentation dermique ou mixte. Elle a également indiqué que la production de pigment compte 14 étapes, dont 3 se déroulent à l'intérieur du mélanocyte et 11 à l'extérieur, et que 10 de ces étapes peuvent être influencées par des agents topiques.

La dermatose papuleuse noire peut être traitée en toute sécurité à l'aide d'un hyfrécateur (en mode monopolaire à bas voltage, réglé à 4,5 watts). Pour l'hyperpigmentation et l'épilation, le laser le plus sûr pour les patients ayant une PdC est le Nd:YAG 1064 nm,

mais il est important de toujours effectuer d'abord une zone de test. La LPI doit être évitée sur la PdC.

Pour traiter les cicatrices en pic à glace, les piqûres multiples à l'aide d'une aiguille peuvent être une alternative efficace aux procédures plus coûteuses, avec de bons résultats sur la production de collagène. La radiofréquence est également sans danger pour tous les types de peau, mais doit être appliquée avec précaution et lentement chez les patients ayant une PdC pour des raisons de sécurité.

Le Dr Burgess a souligné l'importance de comprendre les considérations biologiques et culturelles pour offrir des soins efficaces, sûrs et culturellement adaptés aux patients ayant une PdC.

Progrès dans la DA et l'hyperpigmentation

Intervenante : Susan Taylor

Le Dr Susan Taylor a discuté **des avancées récentes dans le domaine de la dermatite atopique (DA)** et de l'hyperpigmentation chez les patients à la peau de couleur (PdC). Elle a souligné les défis posés par le diagnostic de la DA dans la PdC en raison des variations cliniques, en particulier la difficulté d'identifier l'érythème. Dans la PdC, l'absence de rougeurs visibles peut induire les cliniciens en erreur en leur faisant croire que la maladie est contrôlée alors qu'elle reste active. Pour faciliter le diagnostic, elle a suggéré de vérifier la présence de démangeaisons et de voir si les lésions sont surélevées au toucher. De plus, la distribution des lésions dans la DA peut varier chez les patients à la PdC, les présentations folliculaires, psoriasiformes et lichénoïdes étant plus courantes.

Une préoccupation majeure chez les patients à la PdC atteints de DA concerne les séquelles pigmentaires, qui résultent souvent du processus inflammatoire. Bien que des facteurs génétiques aient été associés à une prévalence plus élevée de la DA dans les populations à la PdC, les déterminants sociaux de la santé contribuent de manière significative à la gravité et au fardeau de la maladie. Les facteurs environnementaux, tels que la pollution de l'air (les populations noires vivant souvent plus près des autoroutes) et un statut socio-économique inférieur sont associés à une DA plus grave et plus persistante. De plus, les enfants noirs sont moins susceptibles de consulter un dermatologue pour la DA, mais sont trois fois plus susceptibles de recevoir un diagnostic de DA lors de ces visites, ce qui témoigne d'un accès et d'une utilisation médiocres des soins de santé chez les patients à la PdC.

En ce qui concerne la physiopathologie de la DA chez les patients à la PdC, des recherches récentes indiquent que la perte de filaggrine n'est pas nécessairement un facteur primaire de DA chez ces patients. Au lieu de cela, on pense que les cytokines

inflammatoires T auxiliaires 1 et T auxiliaires 22 dominent le processus de la maladie. De plus, il a été constaté que les niveaux de céramides sont plus faibles dans la peau afro-américaine que dans la peau blanche ou est-asiatique, avec des rapports céramide/cholestérol réduits également dans la peau africaine. Dans tous les cas de DA, le maintien de la diversité microbienne sur la peau est également crucial.

Le traitement de la DA chez les patients à la PdC reste globalement similaire à celui des autres types de peau, bien qu'une attention particulière doive être accordée aux conseils et aux soins cutanés hydratants en parallèle des médicaments sur ordonnance. Idéalement, un hydratant doit contenir une combinaison d'agents émoullissants, occlusifs et humectants afin de soutenir la barrière cutanée. Les traitements anti-démangeaisons en vente libre, tels que l'avoine colloïdale, la pramoxine et le menthol, peuvent également être des compléments utiles pour gérer les symptômes. Pour prévenir la pigmentation post-inflammatoire dans la DA, l'application d'une crème solaire est de la plus haute importance.

Pour comprendre **l'hyperpigmentation de la peau de couleur** (PdC), il faut d'abord en identifier précisément la cause. La pigmentation épidermique englobe des affections telles que les éphélides (taches de rousseur), les lentigos (y compris les lentigos en taches d'encre), les macules café au lait et les lignes de démarcation pigmentaires. En revanche, les exemples de pigmentation cutanée comprennent la pigmentation maculeuse éruptive idiopathique, le lichen plan pigmentaire (LPP), l'érythème dyschromique persistant (EDP), la dermatite de contact pigmentaire (également connue sous le nom de mélanose de Riehl) et la mélanocytose cutanée. Les affections impliquant une hyperpigmentation à la fois épidermique et dermique incluent l'hyperpigmentation post-inflammatoire (HPI), le mélasma, l'hyperpigmentation induite par les médicaments, le LPP et l'EDP.

L'approche générale est la suivante :

- La pigmentation épidermique est généralement traitée au moyen d'agents et de procédures topiques.
- La pigmentation cutanée et mixte peut nécessiter des traitements et des procédures systémiques, car les traitements topiques seuls ont tendance à être moins efficaces.

Les meilleurs résultats sont obtenus grâce à une **combinaison** d'agents topiques, de thérapies orales** et de procédures.

Les agents topiques couramment utilisés dans l'hyperpigmentation sont notamment :

- l'hydroquinone (bien que la prudence soit de mise pour éviter d'induire une ochronose exogène, une affection que certains considèrent comme une réaction phototoxique) ;

- les rétinoïdes topiques ;
- les crèmes à triple combinaison (comme la formule de Kligman modifiée) ;
- l'acide azélaïque à 15 % ;
- l'acide kojique ;
- la vitamine C ;
- la niacinamide.

Les **procédures** susceptibles d'améliorer le traitement comprennent :

- les peelings chimiques (tels que l'acide salicylique en cas d'acné concomitante, ou l'acide glycolique) ;
- la thérapie au laser (Q-switch, Nd:YAG, lasers picosecondes non ablatifs), bien que des précautions soient nécessaires pour éviter une reprise de la pigmentation rebondie ;
- le micro-aiguilletage.

Les nouveaux **ingrédients en vente libre** pour traiter l'hyperpigmentation comprennent :

- le thiamidol ;
- la cystéamine ;
- la silymarine (un flavonoïde dérivé du chardon-Marie) ;
- l'acide tranexamique (bien que les formes systémiques aient tendance à mieux fonctionner que les formes topiques) ;
- l'extrait de pousses de lotus ;
- la technologie PATH-3 ;
- 2-MNG, un nouvel ingrédient qui agit en liant les précurseurs de la mélanine pour inhiber la production de mélanine.

Le Dr Taylor a souligné le rôle essentiel de **la photoprotection** dans le traitement de l'hyperpigmentation. Il est essentiel d'utiliser une crème solaire à large spectre, à base minérale, avec un FPS d'au moins 30, contenant de l'oxyde de fer (3 %) pour bloquer la lumière visible. Des stratégies de protection solaire supplémentaires, telles que le port de vêtements de protection et la limitation de l'exposition au soleil, sont également importantes.

L'inclusion d'un antioxydant dans le protocole, tel que le polypodium leucotomos (l'option la plus étudiée), est obligatoire, car les espèces réactives de l'oxygène (ERO) contribuent à la pigmentation de longue durée. Le Dr Taylor a souligné que le maquillage

à l'aide d'une crème solaire est insuffisant et que l'application à la fois d'une crème solaire teintée et d'une crème solaire ordinaire n'offre pas d'effet FPS cumulatif.

Cas pédiatriques complexes

Conférenciers : Candrice R. Heath et Brandi M. Kenner-Bell

Les Dr Candrice Heath et Brandi Kenner-Bell ont animé une discussion sur les cas pédiatriques complexes.

Le premier cas concernait **le trouble d'arrachage des cheveux**, autrefois connu sous le nom de trichotillomanie. Les enfants s'arrachent, tirent, tordent et frottent leurs cheveux, le cuir chevelu étant la zone la plus fréquemment touchée, suivi des cils et des sourcils. Cette maladie touche les enfants d'âge préscolaire jusqu'aux adolescents. Il s'agit souvent d'un acte inconscient, survenant lors d'activités telles que s'endormir, regarder la télévision, lire ou faire ses devoirs. Chez les jeunes enfants, l'arrachage des cheveux peut être lié à la succion du pouce, tandis que les enfants plus âgés peuvent présenter des comportements compulsifs tels que se ronger les ongles ou se gratter la peau. Dans les cas les plus graves, la trichophagie peut compliquer la maladie, lorsqu'elle implique l'ingestion de cheveux, ce qui peut conduire à la formation de trichobézoards (boules de cheveux).

On soupçonne cette affection lorsque l'on observe des cheveux courts et cassés de différentes longueurs sur un cuir chevelu normal (sans rougeurs ni squames). La plaque forme souvent une zone unique de forme irrégulière sur la moitié avant du cuir chevelu, qui n'est jamais entièrement chauve. Ce n'est généralement pas douloureux et peut procurer une sensation de plaisir.

L'orientation d'un patient souffrant d'un trouble d'arrachage de cheveux (trichotillomanie) n'est pas toujours nécessaire. Tout dépend de la gravité du cas et de la réponse du patient aux interventions initiales. Il peut être nécessaire ou non de l'orienter : si la maladie se circonscrit généralement d'elle-même (en particulier chez les jeunes enfants), dans les cas bénins avec des épisodes d'arrachage de cheveux répondant bien au soutien émotionnel et aux techniques de modification du comportement, associés à de légers changements psychologiques (50 à 75 % des cas), et qui sont gérables sans intervention spécialisée, et dans les cas où il existe des preuves d'amélioration avec la N-acétylcystéine. L'orientation doit cependant être envisagée lorsque des troubles psychologiques sévères sont observés (en particulier chez les préadolescents/adolescents (~ 5 % des cas), et que les mesures comportementales seules sont insuffisantes, lorsqu'il est nécessaire de recourir à des traitements plus avancés tels que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), si des mesures pharmacologiques (telles que les antidépresseurs tricycliques [ATC] comme la

clomipramine ou les ISRS) sont nécessaires en raison de comorbidités psychiatriques importantes.

Le cas suivant concerne un garçon atteint de **teigne du cuir chevelu (*tinea capitis*)**. Les intervenantes indiquent que des cas de *T. capitis* ont été signalés chez des nouveau-nés et des nourrissons ! L'espèce *Trichophyton tonsurans* représente plus de 90 % des cas aux États-Unis et se transmet généralement entre individus. Un autre agent pathogène courant, *Microsporum canis*, est généralement transmis par les chats (le plus souvent) et les chiens. Les porteurs asymptomatiques sont considérés comme un réservoir majeur de ces infections fongiques. Il est important de dépister les membres de la famille et les contacts proches, car ils peuvent être porteurs et propager l'infection sans présenter eux-mêmes de symptômes.

La thérapie orale est essentielle pour traiter *T. capitis* car le médicament doit pénétrer le follicule pileux pour être efficace. La griséofulvine est un choix courant, le dosage dépendant de la formulation (microdose : 20 à 25 mg/kg/jour pendant 6 à 12 semaines ; ultra-microdose : 10 à 15 mg/kg/jour). L'absorption est variable et plus efficace accompagnée d'un repas gras, mais la longue durée du traitement conduit souvent à une mauvaise observance. La griséofulvine est plus efficace contre les infections causées par *M. canis*. Le traitement par terbinafine ne dure que 2 à 4 semaines, ce qui favorise l'observance. Plus efficace pour *T. tonsurans* (moins efficace pour *M. canis*). Le fluconazole est un antifongique oral alternatif pour *T. capitis*. Le traitement dure également 6 semaines. C'est le seul antifongique oral approuvé pour les enfants de moins de 2 ans. Dans certains cas, ses taux de guérison sont meilleurs que ceux de la griséofulvine. Des interactions médicamenteuses sont possibles, mais malgré tout considérée comme très sûre pour une utilisation chez l'enfant. L'itraconazole n'est pas un traitement de première intention. Il peut être utilisé en régime de dosage pulsé *comme dans l'onychomycose (à savoir 3 impulsions).

Le troisième cas était celui d'une jeune fille atteinte d'alopecie cicatricielle centrifuge centrale (ACCC) – oui, cela arrive aux patients pédiatriques et adolescents ! D'autres alopecies cicatricielles peuvent également survenir chez l'enfant. La casse des cheveux est un signe précoce. On demandera à l'enfant/adolescent quels sont ses symptômes, notamment la douleur, la sensibilité ou les démangeaisons du cuir chevelu. Ce trouble se traite de la même manière que l'adulte. Il évoluera au fil du temps vers une perte permanente des follicules pileux, alors autant le traiter de manière agressive. Il n'existe pas de traitement approuvé par la FDA spécifique à l'ACCC. Le traitement passe par des corticostéroïdes topiques et intralésionnels, de la doxycycline orale (pas avant l'âge de 8 ans) et du minoxidil (sans danger à faible dose – 2,5 mg/jour ou moins – chez l'enfant). Chez un patient souffrant de prurit chronique du cuir chevelu sans pellicules, on envisagera une ACCC. L'examen du cuir chevelu de la mère peut permettre d'établir un diagnostic précoce.

Lors de la présentation du cas, on a observé sur un petit garçon une plaque hyperpigmentée asymptomatique constituée de papules hyperkératosiques folliculaires au niveau de la joue. Le diagnostic concluait à **une kératose folliculaire**, également connue sous le nom de folliculose ansérine traumatique, lésions papuleuses kératosiques du menton ou papules folliculaires faciales induites par la pression.

Cette affection touche généralement le menton, la mâchoire, les joues ou la lèvre supérieure, principalement chez les enfants et les jeunes adolescents à la peau brune ou noire. On pense que cela s'explique par les frottements ou la pression, et des cas ont même été signalés en lien avec l'utilisation d'un téléphone portable.

Les options thérapeutiques incluent :

- des modifications comportementales : réduire le rôle de la pression et des frottements (p. ex., le port du masque) ;
- les rétinoïdes topiques ;
- le calcipotriol topique ;
- en l'absence d'amélioration avec les corticostéroïdes topiques (TCS) ou les inhibiteurs topiques de la calcineurine (TCI), on peut recourir à une combinaison de TCI avec un rétinoïde pour atténuer l'irritation.

Un cas de **dermatite périorificielle** a été décrit. Ce trouble est fréquent chez les enfants et les jeunes femmes. On l'observe fréquemment chez les enfants utilisant des espaceurs pour les corticostéroïdes en inhalation. Une blépharite, une conjonctivite, un chalazion et un orgelet sont fréquemment observés avec cette éruption acnéique (pas de comédons). Il existe une incertitude quant au rôle des acariens *Demodex*. Remarque : une atteinte extra-faciale d'autres sites périorificiels est possible. Le traitement est identique à celui de l'adulte (peut nécessiter des cures d'antibiotiques prolongées, jusqu'à 6 mois).

La rosacée peut survenir chez l'enfant.

La présentation s'est terminée sur quelques points marquants concernant les troubles cutanés chroniques pédiatriques et la stigmatisation. Il faut s'assurer d'avoir l'avis de l'enfant concernant l'impact sur sa qualité de vie et pas seulement celui de la personne qui s'en occupe. Cette question a été abordée en examinant l'impact du vitiligo en particulier, mais elle peut également s'appliquer à l'acné vulgaire sévère, à la dermatite atopique ou à d'autres affections cutanées chroniques. Dans une cohorte de 30 patients atteints de vitiligo (âgés de 8 à 18 ans), 90 % du groupe vitiligo avaient au moins 1 diagnostic psychiatrique contre 20 % chez les témoins sains. Il y avait une différence statistiquement significative en ce qui concerne l'anxiété dans le groupe vitiligo par rapport aux témoins sains et les taux de TDAH (36,6 %) étaient significativement plus élevés que ceux observés dans la population normale (11,3 % chez les 5-17 ans aux États-

Unis). (Clin Exp Dermatol 2021; 64(3):519-515). Il ne faut pas oublier que cette maladie de peau a un impact à long terme et donc ne pas la sous-traiter.

Diagnostic et prise en charge des troubles capillaires chez les patients ayant une peau de couleur

Conférenciers : Susan C. Taylor et Amy McMichael

Alopécies cicatricielles

Dr Susan C. Taylor, MD, FAAD

Alopécie cicatricielle centrifuge centrale (ACCC) : deux tiers des cas présentent le schéma classique d'une alopécie initialement centrale qui s'étend de façon centrifuge. Cependant, certaines variantes typiques touchent non seulement le centre du cuir chevelu mais aussi les régions frontales, temporales, pariétales et/ou occipitales.

Chez environ un tiers des patients, l'affection se présente de façon atypique, la présentation atypique la plus fréquente étant la chute des cheveux par plaques. D'autres variantes atypiques incluent une perte de cheveux des régions occipitale, pariétale, frontale, temporale et une trichorrhexie. Ces présentations atypiques conduisent souvent à un diagnostic erroné ou tardif, ce qui se traduit par un traitement inadéquat, favorisant la formation de cicatrices et une charge psychosociale importante.

Bien que l'ACCC touche principalement les femmes, il se manifeste également chez les hommes et les enfants.

Les caractéristiques dermoscopiques courantes de l'ACCC sont les suivantes :

- réseau pigmenté en nid d'abeille ;
- absence d'ostium folliculaire avec halos péripilaires blancs/gris ;
- taches blanches de cicatrisation folliculaire interrompant le réseau en nid d'abeille ;
- petites macules interfolliculaires blanches et rondes, réparties de façon irrégulière, donnant un aspect de « ciel étoilé » ;

variabilité de la tige du cheveu.

En outre, les quatre principales comorbidités associées à l'ACCC sont les suivantes :

- hyperlipidémie ;
- hypertension ;

- obésité ;
- diabète sucré de type II.

Lichen plan pilaire : il en existe généralement trois variantes : le LPP classique, l'alopecie frontale fibrosante (AFF) et le syndrome de Lassueur Graham-Little Piccardi. L'évolution clinique est très variable (insidieuse ou fulminante). Il faut penser à examiner le reste du corps à la recherche d'autres caractéristiques de LP (avant, pendant ou après le LPP). Les caractéristiques dermoscopiques comprennent l'hyperkératose périfolliculaire et l'érythème.

(Un conseil : l'ACCC est plus sensible et prurigineux ; le LPP s'apparente plus à une sensation de brûlure)

Indices diagnostiques dans l'AFF :

- répartition : ligne antérieure des cheveux s'étendant vers l'arrière ; symétrique ; zone en forme de bande ;
- signe du cheveu solitaire ;
- amincissement ou absence des sourcils (peut précéder le cuir chevelu) ;
- papules faciales (non inflammatoires) ;
- nouvelle ligne de démarcation des cheveux - hypopigmentée par rapport à l'ancienne ;
- comorbidité : lichen plan pigmentogène ;
- dépression de la veine frontale ;
- absence de rides au niveau du front ;
- plis préauriculaires.

Modèles atypiques de chute des cheveux dans l'AFF :

- zigzag diffus ;
- alopecie androgénétique ;
- signe de la pseudo-frange ;
- en forme de cocarde ;
- ophiase.

L'alopecie frontale fibrosante (AFF) peut se manifester de manière non inflammatoire à divers endroits tels que les favoris, les sourcils, le tronc et même les membres. Le signe du cheveu solitaire a été signalé au niveau des membres inférieurs. Dans certains cas,

L'AFF peut se limiter exclusivement aux sourcils, la perte des sourcils étant souvent le premier signe clinique. Chez les hommes, la perte des favoris peut être la seule caractéristique de l'AFF, ce qui complique le diagnostic lorsque l'inflammation n'est pas flagrante. Par rapport aux patients blancs, les patients noirs présentent une pigmentation du visage et des démangeaisons plus importantes, une récession frontale plus marquée et développent l'affection à un âge plus jeune. L'AFF a tendance à être moins squameuse chez les patients noirs que chez les patients blancs.

L'alopecie frontale consécutive à l'administration de toxine botulique peut être confondue avec l'AFF, malgré l'absence de desquamation et d'érythème périfolliculaires. Les caractéristiques sont plus comparables à celles de l'alopecie androgénétique.

L'alopecie de traction (AT) peut toucher n'importe quelle partie du cuir chevelu, mais elle est plus fréquente au niveau des bordures temporales et frontales. Il faut obtenir un historique complet de la coiffure. Le signe de la frange est sensible et caractéristique de l'AT (c'est-à-dire qu'il permet de le distinguer de l'AFF). L'AT a également été décrite chez des patients sikhs de sexe masculin et chez des femmes portant un hijab. L'AT peut être associée à des douleurs mais peut aussi être asymptomatique. La dermoscopie à un stade ultérieur montre des dépôts périlaires qui indiquent la poursuite de la traction. Les cheveux cassés et les points noirs, ainsi que le « signe du Flambeau » (traces blanches ressemblant à une torche dans la direction de l'arrachage des cheveux) sont également typiques. Recommander au patient d'arrêter l'arrachage des cheveux témoigne d'une insensibilité culturelle. Il peut être plus bénéfique pour la relation médecin-patient de modifier ce comportement.

Prise en charge des alopecies cicatricielles chez les patients ayant une PdC

Dr Amy J McMichael, MD, FAAD

Le Dr Amy McMichael a présenté un exposé sur la prise en charge des alopecies cicatricielles.

Le traitement de première intention de l'AFF comprend des inhibiteurs topiques de la calcineurine (CNI) (aux États-Unis, le tacrolimus est disponible sous forme d'huile) et des inhibiteurs de JAK. Des stéroïdes intralésionnels administrés toutes les 4 à 8 semaines sont utilisés pour traiter les symptômes, et des stéroïdes topiques de puissance moyenne, pouvant être augmentés jusqu'à des stéroïdes ultra-puissants dans les cas graves, sont également recommandés.

Les options de traitement systémique incluent :

- l'hydroxychloroquine 200 mg deux fois par jour ;
- la doxycycline (pas d'excellents résultats selon la conférencière) ;
- les inhibiteurs de la 5-alpha réductase (pour les patientes qui ne sont pas en âge de procréer).

En outre, il est conseillé d'utiliser des crèmes solaires à filtre physique pour limiter l'irritation, bien qu'aucune preuve concrète n'ait été documentée.

Les traitements de deuxième intention comprennent le méthotrexate et la thérapie au laser Nd:YAG.

Les options de troisième ligne comprennent les corticostéroïdes oraux, la ciclosporine et la pioglitazone.

Les thérapies combinées sont fortement recommandées pour améliorer l'efficacité de la prise en charge de l'AFF.

L'ACCC s'accompagne souvent d'une AT et date d'avant l'apparition des défrisants chimiques.

Le traitement de l'alopecie cicatricielle centrifuge centrale (ACCC) a pour but de mettre un terme aux symptômes (prurit et douleurs), d'expliquer aux patients la nature inflammatoire et progressive de la maladie et de limiter les comportements traumatiques. En outre, il permet de rétablir la santé des cheveux restants, d'améliorer l'apparence de la densité capillaire et de maintenir une amélioration à long terme, en se concentrant sur la stabilisation de la maladie et la prévention de sa progression.

Pensez à évoquer les prédispositions génétiques, limiter les procédures traumatisantes et orienter le patient vers des groupes de soutien (Scarring Alopecia Foundation (S.A.F.) -

scarringalopecia.org et le court métrage de la Skin of Color Society(www.skinofcolorsociety.org).

Vérifiez l'ensemble du cuir chevelu : si les caractéristiques sont présentes ailleurs sur le cuir chevelu, le traitement systémique est la meilleure option. Au cours de la phase inflammatoire, l'utilisation de shampooings antipelliculaires hydratants pendant une semaine ainsi que de corticostéroïdes topiques et intralésionnels constitue un point de départ raisonnable. L'objectif est de ne plus avoir de symptômes.

Le traitement post-inflammatoire de l'ACCC comprend tout d'abord des stéroïdes topiques à long terme afin de réduire l'inflammation en cours. Le minoxidil topique et oral est ajouté pour prolonger la phase anagène et favoriser la repousse des cheveux. La restauration chirurgicale est une option pour les patients dont la maladie est stable et dont la perte de cheveux est minime. Les inhibiteurs de la 5-alpha réductase peuvent être bénéfiques, en particulier pour traiter la chute de cheveux sous-jacente.

Les thérapies émergentes comprennent le plasma riche en plaquettes (mais elles doivent être poursuivies si la maladie ne récidive pas), la thérapie par laser de faible intensité et la supplémentation nutritionnelle.

Prise en charge des alopecies non cicatricielles

Dr Amy J McMichael, MD, FAAD

Le Dr Amy McMichael a poursuivi avec la prise en charge des alopecies non cicatricielles.

Trichorrhexie noueuse : fragilité innée observée chez les patients afro-américains. Elle peut être congénitale ou acquise. Il faut vérifier les taux de fer et de thyroïde ainsi que les carences nutritionnelles. Il est conseillé de laisser les cheveux au repos, de les couper en série (toutes les 6 à 8 semaines) et d'utiliser des produits qui protègent de la chaleur. Il est également conseillé d'adopter un régime de soins capillaires hydratants qui comprend les étapes suivantes :

1. shampooing hydratant : on commencera par un shampooing spécialement conçu pour les cheveux secs et abîmés ;
2. après-shampooing sans rinçage (Diméthicone) : à appliquer après le lavage, sur les cheveux mouillés ;
3. après-shampooing sans rinçage (huile) : une fois les cheveux secs, appliquer un deuxième après-shampooing sans rinçage. Dans un premier temps, cette opération doit être effectuée chaque semaine, mais la fréquence peut être adaptée en fonction des besoins au fil du temps.

Assurez-vous que le patient est conscient de la longue période d'attente.

Alopécie androgénétique : présente chez plus de 50 % des hommes âgés et 15 % des femmes ménopausées. Deux traitements approuvés par la FDA : le minoxidil et le finastéride.

Traitement : minoxidil topique à 5 %, minoxidil oral à faible dose (LDM), finastéride 1 à 5 mg/j, PRP, greffe de cheveux.

Le LDM assure une bien meilleure adhésion au traitement. Les complications comprennent l'hypertrichose (topique 5 % et systémique 15 %). Minoxidil oral : 4 % présentaient un œdème pré-tibial. Hypotension orthostatique. Trois épanchements péricardiques décrits au niveau mondial. Il est important de garder à l'esprit qu'il s'agit d'un traitement chronique. Tout comme dans le DS, si on arrête le traitement, le DS devient incontrôlable. Donc, si on arrête le minoxidil, les cheveux recommenceront à tomber. Le « shedding du minoxidil », ou « dread shed », se produit environ 4 semaines après le début de la prise de minoxidil. Il faut compter environ 4 à 6 semaines pour que le phénomène ralentisse. Posologie : femme adulte 1,2 mg ; homme adulte 2,5 mg ; adolescente 0,625 mg ; adolescent : 1,25 mg.

Alopecia areata (AA) : le score SALT est une méthode standardisée pour mesurer la chute des cheveux au niveau du cuir chevelu dans l'AA. Un traitement précoce donne de meilleurs résultats. Inhibiteurs de JAK actuellement approuvés : ritlecitinib (12 ans et plus), baricitinib (adultes uniquement ; peut être augmenté ou diminué), deuruxolitinib (forme chimiquement modifiée du ritlecitinib ; études uniquement chez l'adulte ; autorisation très récente). Le diagnostic différentiel de l'AA comprend : ACCC, AT, sarcoïdose, DLE et *tinea capitis*.

En général, les cheveux doivent être lavés au minimum tous les 10 à 14 jours. Il faut toujours envisager une biopsie pour confirmer le diagnostic.

Références :

1. In the Advances in AD and hyperpigmentation by Susan Taylor:

- Conventional treatment of AD: Davis D, Drucker A, Alikhan A, et al. [Guidelines of care for the management of atopic dermatitis in adults with phototherapy and systemic therapies](#). J Am Acad Dermatol 2024;90(2): E43-E56
- Hyperpigmentation: Wang et al. [Disorders of hyperpigmentation. Part I. Pathogenesis and clinical features of common pigmentary disorders](#). J Am Acad Dermatol 2023. 88(2): 271-288.
- [Disorders of hyperpigmentation. Part II. Review of management and treatment options for hyperpigmentation](#). J Am Acad Dermatol 2023. 88(2): 291-320.

2. [Patient Education - Skin of Color Society](#) Very useful videos for patient education
3. [Traction Alopecia | Hair Disorders | JAMA Dermatology | JAMA Network](#) - traction alopecia handout for patients

Optimiser la prise en charge de l'acné chez les patients ayant une peau de couleur

Conférencier : Dr Andrew Alexis

La présentation du Dr Andrew Alexis sur le traitement de l'acné chez les patients ayant une peau de couleur (PdC) a mis en évidence des défis thérapeutiques uniques, en particulier dans la prise en charge de l'hyperpigmentation post-inflammatoire (HPI) parallèlement à un contrôle efficace de l'acné. Il est essentiel de maintenir le fragile équilibre entre une efficacité maximale du traitement et la garantie de sa tolérabilité. Le Dr Alexis a souligné l'importance d'initier le traitement de façon précoce et de garantir l'observance des schémas thérapeutiques, en accordant une attention particulière à la tolérabilité des principes actifs, des formulations du véhicule et de la posologie. Il a également mis l'accent sur l'utilisation de soins de la peau appropriés, notamment des nettoyants non irritants au pH équilibré et des hydratants non comédogènes, afin de minimiser les irritations et la sécheresse et d'assurer des résultats optimaux chez les patients ayant une PdC.

Il a fait référence à un article écrit en 2022 pour lequel il a collaboré avec des experts de ce domaine en vue de produire un algorithme très utile pour la gestion de l'AV chez les patients ayant une PdC.

Alexis A, Woolery-Lloyd H, Andriessen A, Kang S, Rodriguez D, Callender V. Racial/Ethnic Variations in Acne: A Practical Algorithm for Treatment and Maintenance, Including Skincare Recommendations for Skin of Color Patients With Acne. J Drugs Dermatol. 1 nov 2022;21(11):s13223-132214.

Il a souligné l'utilité du tazarotène 0,045 % et le trifarotène (un rétinoïde de 4ème génération) ; le trifarotène ayant l'avantage supplémentaire de traiter l'HPI.

(Lors des questions-réponses, il a indiqué que la plupart des traitements topiques sont efficaces après seulement 2 à 3 heures sur la peau).

Il a mentionné PAHPI, un indice d'hyperpigmentation post-acnéique (HPI) validé. Il a également parlé d'une nouvelle combinaison à dose fixe très prometteuse composée de phosphate de clindamycine à 1,2 % + adapalène à 0,15 % + peroxyde de benzoyle à 3,1 % gel.

Stein Gold L, Lain E, Del Rosso JQ, Gold M, Draelos ZD, Eichenfield LF, et al. Clindamycin phosphate 1.2%/adapalene 0.15%/benzoyl peroxide 3.1% gel for moderate-to-severe

acne: Efficacy and safety results from two randomized phase 3 trials. J Am Acad Dermatol. nov 2023;89(5):927-35.

Une crème à 1 % de clascotérone a également été mentionnée en tant que nouvel inhibiteur des récepteurs aux androgènes approuvé pour le traitement de l'acné vulgaire chez les patients âgés de 12 ans et plus (produit approuvé par la FDA en août 2020).

La sarécycline, également disponible aux États-Unis, est une tétracycline à spectre étroit spécialement conçue pour le traitement de l'acné.

Le Dr Andrew Alexis a souligné l'importance cruciale de traiter l'hyperpigmentation post-inflammatoire (HPI) dès le début de la prise en charge de l'acné, et conseillé de recourir à une combinaison de traitements complémentaires sans ordonnance, sur ordonnance et physiques. Il a souligné le potentiel prometteur de la dernière molécule en vente libre, le 2-MNG, dans le traitement de l'HPI. Il a également rappelé la nécessité d'utiliser quotidiennement un écran solaire dans le cadre d'une approche thérapeutique globale.

Diagnostic et prise en charge de la rosacée chez les patients ayant une peau de couleur : de la reconnaissance des signes subtils à la personnalisation des traitements

Conférencier : Dr Hilary Baldwin

Le Dr Hilary Baldwin a parlé de la manière dont la compréhension de la rosacée dans la peau de couleur (PdC) a évolué. Traditionnellement décrite comme une affection touchant les femmes de plus de 40 ans originaires du nord de l'Europe, elle est aujourd'hui reconnue chez les hommes, les personnes ayant une PdC et les populations plus jeunes. L'incidence et la prévalence exactes dans ces groupes restent incertaines. Les symptômes tels que les brûlures, les picotements, les démangeaisons et la sensibilité cutanée (aux produits, aux médicaments et au soleil) sont plus facilement reconnaissables que les signes visibles. Il est plus complexe d'identifier la rosacée dans la PdC car l'érythème est difficile à détecter et l'indice de suspicion est souvent faible. Parmi les raisons possibles d'une prévalence perçue comme plus faible, on trouve des différences génétiques (avec une contribution génétique calculée de 46 %), une protection accrue contre les UV dans la PdC, des différences structurelles et fonctionnelles au niveau de la barrière cutanée ou tout simplement un sous-diagnostic.

La transition du consensus de sous-type au consensus de phénotype a été mise en évidence (Tan et al. Recommendations for rosacea diagnosis, classification and management : update from the global ROSacea COnsensus 2019 panel).

Schaller M, Almeida LMC, Bewley A, Cribier B, Del Rosso J, Dlova NC, et al. Recommendations for rosacea diagnosis, classification and management : update from the global ROSacea COnsensus 2019 panel). Br J Dermatol. mai 2020;182(5):1269-76.

Il ne faut pas oublier l'atteinte des yeux - risque de maladie pouvant affecter la vision. Parmi les autres conséquences d'une rosacée non détectée, on peut citer une morbidité accrue et une qualité de vie réduite, ainsi que des éruptions défigurantes.

La première étape dans la prise en charge de la rosacée chez les patients ayant une peau de couleur (PdC) consiste en une écoute active du patient. Il peut être utile de leur donner un miroir et de leur demander ce qui les dérange le plus dans leur peau. Il est essentiel d'obtenir l'adhésion du patient, car la rosacée est une maladie chronique qui nécessite une prise en charge à long terme, ce qui peut avoir un coût. Il est important de prendre en compte leurs attentes et de rappeler que les résultats prendront du temps. En outre, il faut veiller à limiter les irritations induites par les médicaments et la pigmentation post-inflammatoire, de sorte que la sélection du véhicule est essentielle dans la planification du traitement pour maximiser à la fois la tolérabilité et l'efficacité.

Le Dr Baldwin a fait état d'avancées importantes pour une prise en charge efficace de la rosacée chez les patients ayant une peau de couleur, en soulignant à la fois l'efficacité et la tolérance. Parmi les agents topiques, les données plaident en faveur de l'utilisation de l'ivermectine 1 % crème, du minoxidil 1,5 % mousse et du peroxyde de benzoyle microencapsulé à 5 %, la tolérabilité s'améliorant à mesure que les symptômes de la rosacée régressent. Il importe de réparer la barrière cutanée avant d'introduire des traitements actifs.

Le Dr Baldwin a également conseillé de passer aux traitements oraux plus tôt dans le processus de traitement, en particulier dans les cas modérés à sévères. Les options comprennent la doxycycline sous-antimicrobienne, la minocycline à libération prolongée à faible dose et l'isotrétinoïne. Comme la doxycycline sous-antimicrobienne peut ne pas être disponible dans le monde entier, une solution de contournement consiste à prendre le médicament avec de la nourriture, ce qui réduit l'absorption de 26 %. Le Dr Baldwin a également fait référence à l'utilisation d'ivermectine orale dans la rosacée cutanée et oculo-cutanée hautement inflammatoire, avec des doses de 3 mg par jour pendant 8 jours montrant une efficacité dans la prise en charge de la maladie, sur la base d'études et de rapports de cas de Brown et al. (JAMA Dermatol 2014) et Allen et al. (Cutis 2007).

Brown M, Hernández-Martín A, Clement A, Colmenero I, Torrelo A. Severe Demodex folliculorum –Associated Oculocutaneous Rosacea in a Girl Successfully Treated With Ivermectin. JAMA Dermatol. 1 janv 2014;150(1):61.

Allen KJ, Davis CL, Billings SD, Mousdicas N. Recalcitrant papulopustular rosacea in an immunocompetent patient responding to combination therapy with oral ivermectin and topical permethrin. Cutis. 2007;80(2):149–151.

Le Dr Baldwin a souligné l'importance de soins de la peau appropriés dans la prise en charge de la rosacée, en particulier chez les patients ayant une peau de couleur (PdC), notant qu'ils peuvent améliorer l'état de la peau, même sans médicaments. Des soins de la peau inadaptés peuvent aggraver la rosacée papulo-pustuleuse (RPP) et la rosacée érythémato-télangiectasique (RET). Des soins de la peau adéquats peuvent également améliorer la tolérance des traitements médicaux.

Pour les patients ayant une PdC atteints de rosacée, le Dr Baldwin a recommandé un régime de soins de la peau comprenant :

- un nettoyant non alcalin, sans parfum, émollient (pH 4 à 6) utilisé une fois par jour. Les gants de toilette, produits exfoliants ou acides ne doivent pas être utilisés car ils peuvent accroître les irritations ;
- une crème hydratante de bonne qualité (à base de silicone, sans parfum) pour maintenir la santé de la barrière cutanée ;
- un écran solaire physique teinté pour protéger contre les lésions causées par les UV, ce qui est particulièrement important chez les patients ayant une PdC.

Le Dr Baldwin a également conseillé d'apprendre aux patients à se maquiller correctement pour éviter les irritations. Il faut éviter les cosmétiques lourds qui nécessitent un gommage ou un démaquillage agressif. Les patients présentant un contexte érythémateux doivent utiliser un fond de teint avec une teinte verte pour neutraliser les rougeurs. De plus, l'application d'émollients avant le maquillage et le choix de produits au fini mat (les ingrédients brillants pouvant irriter la rosacée) peuvent faire une différence significative dans la prise en charge de la maladie.

Dermatite atopique et eczéma chez les patients ayant une peau de couleur

Conférenciers : Drs Andrew Alexis et George Han

Il est aujourd'hui bien établi que la dermatite atopique (DA) est une maladie hétérogène avec des présentations variables, notamment dans la peau de couleur (PdC). Les caractéristiques uniques de la PdC comprennent des différences dans les manifestations érythémateuses et une plus grande prévalence de variantes micropapulaires et papulo-nodulaires folliculaires, telles que des lésions de type prurigo nodulaire. De plus, une atteinte du coude extenseur (papules fusionnant en plaques, chez l'enfant et l'adulte) est fréquemment observée chez les patients ayant une PdC atteints de DA. Ces différences soulignent l'importance de reconnaître les diverses présentations cliniques de la DA selon les différents types de peau.

Quan VL, Erickson T, Daftary K, Chovatiya R. *Atopic Dermatitis Across Shades of Skin. Am J Clin Dermatol. sept 2023;24(5):731-51.*

La FDA a annoncé lors de la conférence l'approbation d'un nouveau traitement pour la DA : le lebrikizumab (IL13).

L'importance de la prise de décision partagée a été rappelée.

Le Dr Han a mis en évidence un phénotype de chevauchement clinique remarquable entre le psoriasis et la dermatite atopique (DA) dans la population asiatique. On pense que ces cas sont plus susceptibles d'être du psoriasis plutôt qu'une cooccurrence des deux affections, ce qui a des implications thérapeutiques importantes. La recommandation consiste à donner la priorité aux produits biologiques conçus pour le psoriasis par rapport aux produits biologiques conçus pour la DA ciblant Th2 dans ces scénarios. Si les thérapies ciblées s'avèrent inefficaces, des thérapies à spectre plus large sont recommandées pour assurer un contrôle adéquat de la maladie.

Les chercheurs ont également remarqué que, si les patients ont des taux élevés d'enzymes hépatiques sous inhibiteurs de JAK, on peut envisager une reprise du traitement car cette hausse ne se reproduit pas toujours. Cependant, ces patients doivent être surveillés plus étroitement au cours de ce processus.

Décoder le psoriasis : diagnostic et prise en charge chez les patients ayant une peau de couleur

Conférencier : Dr Amy McMichael

La présentation du Dr Amy McMichael portait sur le psoriasis dans la peau de couleur (PdC), où l'on note une prévalence de 3,7 % aux États-Unis. Alors que le psoriasis dans la PdC est généralement conforme aux présentations classiques décrites dans la littérature, le psoriasis hypertrophique est plus fréquemment observé. Les essais cliniques menés sur des patients ayant une PdC sont actuellement limités, bien que des efforts soient faits pour combler cette lacune, comme l'ont souligné les discussions précédentes.

Les principales considérations dans la prise en charge du psoriasis dans la PdC sont les suivantes :

- traitement du cuir chevelu : une sélection minutieuse des véhicules de traitement est essentielle pour garantir la compatibilité avec différents types de cheveux. Une prise en charge agressive de l'atteinte frontale du cuir chevelu est nécessaire car la maladie du cuir chevelu peut sembler particulièrement insoluble ;
- hyperpigmentation post Inflammatoire (HPI) : les patients expriment souvent leur insatisfaction à l'égard de l'HPI résultant du psoriasis. Par conséquent, on conseille de recourir à des stratégies de traitement précoces et agressives afin d'atténuer cette préoccupation. La patience est de mise pour les HPI établies.

L'hidradénite suppurée chez les patients ayant une peau de couleur : une stratégie multiforme pour le diagnostic et le traitement

Conférencier : Dr Ginette Okoye

Le Dr Ginette Okoye a fait une excellente présentation pratique sur la prise en charge de l'hidradénite suppurée (HS) dans la PdC.

Elle a mis en évidence cinq aspects clés pour une intervention potentielle dans la prise en charge de l'HS : le follicule pileux, l'environnement, les bactéries, l'inflammation et les hormones/le métabolisme.

1. Le follicule pileux : le laser Nd:YAG est une option thérapeutique qui permet de cibler le follicule.
2. Les facteurs environnementaux : le sevrage tabagique et la prise en charge de la sédentarité sont des leviers d'action essentiels.
3. Les bactéries : les antibiotiques jouent un rôle essentiel dans le traitement de l'HS, en particulier dans la prise en charge des mauvaises odeurs causées par les bactéries commensales et anaérobies. Les traitements antibiotiques modernes sont les suivants :
 - rifampicine (10 mg/kg/jour), moxifloxacine (400 mg/jour) et métronidazole (500 mg trois fois par jour) pendant six semaines. (Évitez le métronidazole au-delà de six semaines en raison du risque de neuropathie périphérique ; peut être répété après un sevrage de six semaines) ;
 - suivi par rifampicine + moxifloxacine pendant six semaines supplémentaires.
 - . - Autres combinaisons possibles :

- clindamycine 600 mg trois fois par jour + lévofloxacine 500 mg/jour ;
- clindamycine 600 mg trois fois par jour + métronidazole 500 mg trois fois par jour ;
- linézolide 600 mg deux fois par jour pendant 4 semaines.

Pour la prise en charge des poussées épisodiques :

- doxycycline ou des alternatives telles que :
- amoxicilline/acide clavulanique 875/125 MG deux fois par jour pendant 10 jours + prednisone 40 mg avec diminution progressive (à raison de 10 mg tous les 3 jours) ;
- amoxicilline/acide clavulanique 1000/250 mg trois fois par jour pendant 10 jours.

4. L'inflammation : conserver les injections intramusculaires de triamcinolone pour traiter les poussées aiguës d'HS. Principaux points à retenir :

- Les injections glutéales sont privilégiées pour l'administration ; un intervalle minimum de 12 semaines doit être prévu entre les injections ; la triamcinolone intramusculaire a un meilleur profil d'effets secondaires que la prednisone par voie orale ; pour réduire le risque d'atrophie sous-cutanée, la dose doit être répartie entre les sites d'injection ; la dose maximale est de 40 mg par site d'injection.

5. La thérapie métabolique : elle a pour objectif de traiter la résistance à l'insuline. La metformine (à libération prolongée) est le premier choix, bien qu'elle soit utilisée hors indication. Commencez à 500 mg au cours du dîner, puis augmentez de 500 mg toutes les 2 semaines jusqu'à atteindre 2000 mg une fois par jour (en fonction de la tolérance). Il est très rarement possible d'atteindre 2000 mg en raison des effets secondaires gastro-intestinaux. Parmi les autres options pour la prise en charge de la résistance à l'insuline, citons la supplémentation en berbérine (1000 à 1500 mg par jour, à partir de 500 mg par jour) en association avec la metformine, l'exercice physique régulier (en particulier une marche de 10 minutes après le plus gros repas), l'amélioration de la qualité du sommeil (par exemple, en traitant l'apnée du sommeil) et l'incorporation d'aliments à faible indice glycémique en parallèle d'un régime riche en protéines et en fibres.

On pourra envisager d'orienter le patient vers un endocrinologue et de recourir à un agoniste des GLP1.

Orientez les patients vers : www.hs-foundation.org ; <https://www.hs-foundation.org/educational-videos-for-patients> et <https://hspatientguide.com/>.

Les maladies sexuellement transmissibles chez les patients ayant une peau de couleur : état de crise

Conférencier : Dr Ted Rosen

Le Dr Ted Rosen a abordé un sujet important : la syphilis, en signalant une augmentation alarmante à tous les stades de la maladie depuis 2018, en particulier chez les patients avec une peau de couleur (PdC) et dans certains cas congénitaux. En particulier, 2 à 5 % des patients atteints de syphilis présentent une alopécie et 5 % des cas surviennent dans la région extragénitale.

Il a également évoqué l'herpès génital hypertrophique ou végétatif (HSV-2), qui affecte principalement les personnes immunodéprimées, en particulier celles vivant avec le VIH, mais qui peut apparaître avec n'importe quelle forme d'immunosuppression. Cette présentation peut ressembler au condylome lata ou au condylome acuminé. Le diagnostic doit se faire sur la base d'une biopsie avec immunomarquage ou culture virale (PCR). Ces cas peuvent être résistants aux médicaments antiherpétiques standard et nécessiter une approche de traitement combinée utilisant des dérivés de l'acyclovir avec la chirurgie, la cryochirurgie ou l'imiquimod.

Exploration des maladies systémiques et auto-immunes : diagnostic et approches thérapeutiques chez les patients ayant une peau de couleur

Conférencier : Dr Ted Rosen

Par rapport aux patients blancs, le lupus érythémateux systémique (LES), la dermatomyosite et la sclérodermie (ScS) sont plus fréquents chez les patients ayant une PdC. Dans le lupus érythémateux discoïde, l'hypopigmentation souvent associée à la maladie est particulièrement préoccupante. Dans la sclérodermie, des taux les plus élevés de maladie rénale et de mortalité sont observés chez les patients noirs. Le lichen plan (LP) dans la PdC présente des caractéristiques uniques, notamment une couleur hyperpigmentée plus profonde, une morphologie annulaire et une plus grande prévalence de LP hypertrophique. De plus, le LP bulleux et érosif sur les pieds est plus fréquent dans la PdC.

En ce qui concerne le vitiligo, le Dr Rosen a expliqué quand et comment envisager un traitement d'urgence. Une intervention immédiate est nécessaire en cas de progression rapide telle qu'une expansion de 1 % de la surface corporelle sur 6 semaines, un motif en confettis, un vitiligo trichrome ou un phénomène de Koebner. Le protocole de traitement comprend un stéroïde à « mini-impulsion » oral (dexaméthasone 2 à 4 mg/jour, avec la

moitié de la dose chez les patients de moins de 16 ans) administré deux jours consécutifs par semaine pendant 6 à 8 semaines. La photothérapie nécessite également du temps et de l'implication, avec un objectif de 50 traitements à des intervalles de deux semaines. L'amélioration attendue peut être de 25 % à 3 mois, de 50 % à 6 mois et de 75 % à 9 mois. Les effets les plus probants sont attendus sur le visage et le cou, avec des résultats améliorés par l'association avec un traitement topique.

Manuel pour le diagnostic des démangeaisons chroniques

Conférencier : Dr Shawn Kwatra

Lorsque l'on étudie des antécédents de prurit chronique, les principaux éléments à explorer sont les suivants :

- durée et localisation du prurit ;
- antécédents d'atopie ;
- douleurs dorsales/cervicales (car le prurit peut être neurogène) ;
- examen des systèmes pour évaluer les causes systémiques possibles.

Interrogez le patient concernant :

- sa prise de médicaments ;
- ses habitudes et consommation de drogues à des fins récréatives ;
- le risque de maladies transmissibles ;
- le risque de malabsorption ;
- le risque d'intoxication aux métaux lourds.

Au cours de l'examen physique, déterminez si le prurit est dû à une affection dermatologique primaire ou s'il s'agit d'un prurit sans lésion cutanée primaire - ce qui nécessiterait une investigation systémique et un éventuel dépistage de la malignité. N'oubliez pas que les lésions cutanées peuvent être secondaires à une égratignure et non dues à une affection cutanée sous-jacente.

Évaluez l'intensité des démangeaisons à chaque visite à l'aide de l'échelle d'évaluation de la sévérité des pires démangeaisons (WI-NRS).

Le ruxolitinib, un inhibiteur topique de JAK, a montré une amélioration rapide du prurit, le soulagement se produisant en quelques minutes à quelques heures. En revanche, les inhibiteurs systémiques de JAK soulagent généralement les démangeaisons en quelques jours.

Le dépistage initial des inhibiteurs de JAK doit inclure une numération sanguine complète (NFS) avec des tests différentiels, hépatiques et rénaux, un test de tuberculose, un dépistage des hépatites B et C, un panel lipidique de référence et un test de grossesse (le cas échéant). Les examens de suivi à 1, 3 et 6 mois doivent inclure un CBC et des tests de la fonction hépatique et rénale, avec un panel lipidique supplémentaire à 3 mois.

Il existe des preuves que le prurigo nodulaire (PN) a des origines génétiques. Dans les cas où il n'existe pas de lien évident avec la dermatite atopique (DA), un bilan des « démangeaisons d'origine inconnue » doit être effectué afin d'explorer les causes sous-jacentes. De plus, le PN doit être pris en compte lors du diagnostic différentiel des patients présentant un délire d'infestation parasitaire. Chez les patients afro-américains atteints de PN, la peau lésionnelle présente souvent un épaissement et une fibrose tissulaire plus importants.

Facteurs prédictifs de la réponse au dupilumab - Antécédents de DA et éosinophiles sanguins élevés.

Le nemolizumab, un bloqueur de l'IL31 désormais approuvé pour le PN, a un effet très rapide sur les démangeaisons.

Le prurit chronique sans lésions cutanées primaires identifiables nécessite une enquête systémique approfondie et un dépistage des tumeurs malignes. Un prurit non enflammé et non morbide peut également avoir des causes neuropathiques ou psychogènes. Les examens de base doivent inclure une numération sanguine complète (NFS) avec des tests de la fonction différentielle, hépatique et rénale, de l'HbA1c, de la glycémie à jeun et de la fonction thyroïdienne. Les investigations ultérieures doivent être guidées par des facteurs de risque spécifiques et peuvent inclure des tests de dépistage du VIH, des hépatites B et C, des taux de métaux lourds, d'une carence en vitamine D ou B12 et d'une analyse de selles pour les ovules ou les parasites.

Les tumeurs malignes les plus fréquemment associées au prurit chronique sont de nature hématologique; par conséquent, une radiographie pulmonaire, une électrophorèse des protéines sériques (SPEP) ou une électrophorèse des protéines urinaires (UPEP), des taux de lactate déshydrogénase (LDH) et une échographie des ganglions lymphatiques peuvent être justifiés. L'évaluation des tumeurs malignes hépatobiliaires doit passer par une échographie abdominale. Les facteurs de risque indiquant une probabilité plus élevée de tumeur maligne sont : un prurit d'une durée inférieure à 12 mois (le risque le plus élevé étant observé chez les personnes présentant un prurit d'une durée inférieure à 3 mois), le sexe masculin, l'âge supérieur à 60 ans, les antécédents de tabagisme (actuel ou ancien), la présence de symptômes B et/ou une maladie hépatique.

En outre, les éosinophiles circulants et les taux d'immunoglobuline E (IgE) peuvent servir de biomarqueurs supplémentaires permettant d'évaluer des patients présentant un

prurit chronique d'origine inconnue, et un essai de traitement immunomodulateur peut être envisagé.

Roh YS, Choi J, Sutaria N, Kwatra SG. Itch: Epidemiology, clinical presentation, and diagnostic workup. Journal of the American Academy of Dermatology. janv 2022;86(1):1-14.

Éruptions cutanées induites par un médicament chez les patients ayant une peau de couleur - Étude de cas

Conférencier : Dr Johanna Harp

La réaction médicamenteuse avec éosinophilie et symptômes systémiques (DRESS) ou syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse est une réaction d'hypersensibilité de type IV aux médicaments. Cette réaction retardée survient généralement 3 à 6 semaines après la première prise du médicament incriminé, mais elle peut également se manifester des mois plus tard, en particulier avec l'allopurinol. La DRESS peut toucher n'importe quel système organique et bien que l'éosinophilie et la transaminite soient des symptômes classiques, ils ne sont pas essentiels pour le diagnostic. Une lymphocytose atypique peut également être présente et une numération lymphocytaire manuelle est alors nécessaire pour l'identifier précisément. Les patients peuvent présenter une hypotension due à une myocardite éosinophilique, ainsi que d'autres symptômes tels qu'une éruption maculo-papuleuse (ressemblant à une simple éruption médicamenteuse mais généralement plus prononcée), de la fièvre, un œdème du visage et une lymphadénopathie. Les corticostéroïdes restent le traitement de fond, généralement administrés sous forme de prednisone entre 1 et 2 mg/kg ou équivalent. Dans les cas graves, une impulsion de solumédrol (méthylprednisolone) de 125 à 1000 mg pendant quelques jours peut être envisagée. Les publications récentes font de plus en plus fréquemment état de l'utilisation de la cyclosporine comme option thérapeutique d'appoint.

La durée du traitement du DRESS peut varier considérablement en fonction du médicament incriminé et de la complexité de la présentation du patient.

- S'il est déclenché par un antibiotique, les patients peuvent généralement réduire les stéroïdes plus rapidement, généralement dans les 4 à 6 semaines.
- En revanche, si le responsable est l'allopurinol, le traitement a tendance à être plus long. En effet, l'allopurinol est souvent utilisé dans des cas plus complexes et cible souvent les reins, ce qui peut provoquer une atteinte systémique plus sévère ou prolongée. Par conséquent, la durée du traitement peut être plus longue et doit être adaptée à l'évolution clinique du patient et aux organes atteints.

De manière générale, la durée du traitement du DRESS doit être individualisée, avec une évaluation régulière de la fonction des organes et de la réponse au traitement. Il est essentiel d'assurer une surveillance étroite des rechutes ou des poussées, car le DRESS est une maladie systémique qui peut affecter plusieurs organes au fil du temps.

La pustulose exanthématique aiguë généralisée (PEAG), une réaction d'hypersensibilité de type IV, se caractérise par un érythème précoce, en particulier dans les zones de flexion, suivi du développement rapide de centaines à des milliers de minuscules pustules ponctuées et, enfin, par une échelle séborrhéique. L'éruption cutanée est généralement d'apparition rapide, dans les 1 à 2 jours suivant l'exposition à l'agent incriminé. Les déclencheurs courants de la PEAG sont les antibiotiques, en particulier les pénicillines et les céphalosporines, ainsi que les inhibiteurs calciques. La présence d'une langue géographique est une caractéristique clinique notable de la PEAG, bien que la véritable mucite soit rare. Le traitement de première intention reste les corticoïdes. Cependant, dans les cas réfractaires, on a constaté l'efficacité de la cyclosporine, des inhibiteurs du TNF-alpha et, plus récemment, des agents anti-IL-17. Le Dr Harp a donné quelques indices pour faciliter le diagnostic :

1. l'érythème précoce peut être plus important sur la paume des mains et la plante des pieds ;
2. on observe communément la PEAG sur et derrière les oreilles et au niveau du visage ;
3. il faut rechercher une échelle de large étendue suggérant la présence d'un érythème sous-jacent.

Le SJS/TEN peut être morbilliforme au début et a tendance à être plus douloureux que les démangeaisons. Il s'agit d'une réaction d'hypersensibilité de type IV. Ce syndrome apparaît habituellement au bout de 1 à 3 semaines. Il débute généralement plus au milieu du corps avec des cibles atypiques plates ou des macules surmontées de vésicules. Il est moins inflammatoire sur le plan histologique, avec une nécrose épidermique simple. Les recommandations thérapeutiques actuelles sont issues de plusieurs ERC et de l'expérience du Dr Harp. En première intention : étanercept ou cyclosporine. Le Dr Harp privilégie l'étanercept par expérience personnelle et sur la base de l'ECR mené par Wang et al - voir ci-dessous - (« presque AUCUN effet secondaire d'après mes observations ou rapporté dans la littérature »). Les données suggèrent qu'il est susceptible d'accélérer la durée de réépithélialisation (généralement, elle donne 2 doses de 50 mg à 48-72 heures d'intervalle. Plus rarement une 3ème dose si les rougeurs persistent ou en cas de nouvelles lésions) ; données émergentes pour l'association étanercept + stéroïdes ou l'association étanercept + IgIV ; données prudentes en faveur de la cyclosporine entre 3 et 5 mg/kg/jour ; prudence en cas d'insuffisance rénale, d'hypertension, de risque d'infection (pas d'IgIV seul ; résultats mitigés avec des stéroïdes à forte dose seuls). Les cicatrices peuvent être plus sévères au niveau des yeux chez les patients ayant une PdC.

Indication : toujours questionner le patient sur les douleurs dans la bouche, les sensations de papier de verre ou de sable dans les yeux, les brûlures pendant la miction.

Wang CW, Yang LY, Chen CB, Ho HC, Hung SI, Yang CH, et al. Randomized, controlled trial of TNF- α antagonist in CTL-mediated severe cutaneous adverse reactions. Journal of Clinical Investigation. 5 févr 2018;128(3):985-96.

Dans l'EMM(ajor), les ampoules durent plus longtemps que dans le SJS/TEN (la maladie étendue peut également être aussi grave que dans le SJS/TEN) et le déclencheur viral est plus médicamenteux. Sur le plan histologique, les lésions sont plus inflammatoires que prévu dans le SJS/TEN. La répartition est plus distale ; les lésions centrales ne fusionnent pas comme dans le SJS/TEN. Les stéroïdes systémiques constituent le traitement de fond.

Dans l'HPI : écran solaire à FPS élevé (envisager une version teintée (avec 3 % d'oxyde de fer) ; envisager l'hydroquinone topique et/ou l'acide tranexamique (topique ou oral - questionner le patient sur les antécédents de caillots sanguins) et/ou l'acide azélaïque topique.

Les dernières découvertes sur la prise en charge de la dermatite séborrhéique chez les patients ayant une peau de couleur

Conférencier : Dr Shawn Kwatra

La dermatite séborrhéique touche différents groupes d'âge, avec 60 à 70 % de bébés touchés (les mères se demandent souvent si leur bébé aura un jour une couleur normale - discutez-en avec les parents). Les autres groupes touchés sont notamment les adolescents, les jeunes adultes et les adultes de plus de 50 ans. Les facteurs de risque sont : le sexe masculin, l'infection par le VIH et d'autres formes d'immunosuppression, un régime alimentaire associé à une augmentation des taux de Candida dans l'intestin et des affections telles que la maladie de Parkinson.

Les connaissances actuelles sur la pathogenèse de la dermatite séborrhéique font état d'une perturbation de la bicouche lipidique et d'un dérèglement de la barrière cutanée, d'une augmentation des niveaux de Malassezia et d'une production accrue de cytokines pro-inflammatoires.

La dermatite séborrhéique est l'une des cinq affections dermatologiques les plus fréquentes chez les patients noirs. L'hypopigmentation est une présentation courante dans la PdC.

Les objectifs du traitement sont les suivants :

- moduler la production de sébum ;
- contrôler l'inflammation ;
- traiter le dysfonctionnement de la barrière cutanée ;
- réduire les taux de Malassezia sur la peau ;

réduire les démangeaisons et la desquamation.

Avant 2024, le traitement standard de la dermatite séborrhéique comprenait divers traitements visant à gérer les symptômes et à contrôler les poussées :

- les traitements en vente libre : notamment des shampooings contenant des principes actifs tels que l'acide salicylique, le sulfure de sélénium ou l'huile d'arbre à thé. Des émoullients, tels que ceux contenant des huiles minérales et de la vaseline, ont également été utilisés pour apaiser et hydrater la peau ;
 - les antifongiques topiques : des agents tels que le kétoconazole et le ciclopirox, utilisés pour réduire la colonisation par Malassezia, ont joué un rôle clé dans le contrôle de la composante fongique de la maladie ;
 - les antifongiques systémiques : dans les cas plus graves, des antifongiques oraux tels que l'itraconazole ont parfois été prescrits pour contrôler la maladie de l'intérieur ;
 - les corticostéroïdes : les corticostéroïdes topiques tels que l'hydrocortisone étaient souvent utilisés pour leurs propriétés anti-inflammatoires, bien que leur utilisation à long terme soit souvent limitée en raison du risque d'effets secondaires ;
 - les traitements hors AMM :
 - des inhibiteurs de la PDE4 tels que le crisaborole ont parfois été utilisés pour cibler l'inflammation ;
 - les inhibiteurs topiques de la calcineurine (ex : tacrolimus et pimecrolimus) ont été utilisés comme alternative pour les patients intolérants aux stéroïdes ;
 - les rétinoïdes systémiques tels que l'isotrétinoïne ont été utilisés dans des cas graves ou rebelles, en particulier lorsque l'hyperactivité des glandes sébacées était préoccupante.

Un schéma thérapeutique raisonnable pour un cas standard de dermatite séborrhéique peut inclure les étapes suivantes :

1. phase initiale (7 jours): commencez par un stéroïde topique pour réduire rapidement l'inflammation et soulager les symptômes tels que rougeurs, desquamation et démangeaisons ;
2. phase d'entretien : après le traitement initial par stéroïdes, il est conseillé de passer à un inhibiteur du CNI ou de la PDE4 ;
3. traitement antifongique : incorporez un produit nettoyant au kétoconazole ou un autre shampooing antifongique (p. ex. contenant du sulfure de sélénium ou du ciclopirox) pour réduire les niveaux de Malassezia. On peut l'utiliser 2 à 3 fois par semaine pour maintenir le contrôle des symptômes.

Le roflumilast 0,3 % mousse a été approuvé par la FDA en décembre 2023 pour le traitement de la dermatite séborrhéique chez les patients âgés de 9 ans et plus. Cette approbation marque une avancée significative dans le traitement de cette affection cutanée chronique, notamment par sa facilité d'application sur des zones comme le cuir chevelu.

Il y a également des développements prometteurs dans la gamme de traitements, notamment des études de phase II pour le ruxolitinib 1,5 % crème (un inhibiteur de JAK) et un autre inhibiteur de la PDE4 (PF-07038124 0,02 % pommade).

La dermatite séborrhéique reste une affection complexe qui peut avoir un impact important sur la qualité de vie du patient. La prise de décision partagée entre les cliniciens et les patients est essentielle. Dans les cas plus rebelles, les cliniciens peuvent envisager des cures courtes et répétées d'antifongiques systémiques pour contrôler les symptômes et réduire les niveaux de levure Malassezia, en particulier lorsque les traitements topiques sont inadaptés.

Les maladies de l'ongle chez les patients ayant une peau de couleur

Conférencier : Dr Shari Lipner

Le psoriasis est la pathologie cutanée la plus fréquemment associée à une atteinte des ongles, 80 à 90 % des patients présentant des modifications des ongles à un moment donné de leur vie. En outre, plus de 80 % des patients atteints d'arthrite psoriasique ont également une maladie des ongles. En revanche, seul un faible pourcentage (5 à 10 %) de personnes présentent un psoriasis isolé des ongles sans autre atteinte cutanée ou articulaire. Ce trouble a un impact significatif sur la qualité de vie. Chez les patients ayant une PdC, le psoriasis de l'ongle a tendance à être diagnostiqué à un stade plus tardif et il est plus sévère.

Le Dr Lipner a présenté un formidable algorithme permettant de traiter le psoriasis des ongles, d'après Rigopoulos D et al.

Rigopoulos D, Baran R, Chiheb S, Daniel CR, Di Chiacchio N, Gregoriou S, et al. Recommendations for the definition, evaluation, and treatment of nail psoriasis in adult patients with no or mild skin psoriasis: A dermatologist and nail expert group consensus. Journal of the American Academy of Dermatology. juill 2019;81(1):228-40.

Sa solution de stéroïdes intralésionnels de prédilection contient 2,5 % de kenalog dilué dans 1 % de lidocaïne, qu'elle injecte avec/sans bloc nerveux.

Le Dr Lipner a indiqué que, pour le psoriasis du lit de l'ongle, des doses plus faibles fonctionnent aussi bien que les doses plus élevées et peuvent être injectées dans la matrice ou l'hyponychium (bien que cela soit plus douloureux). L'atteinte de plus de 3 ongles nécessite un traitement systémique associé à des injections intralésionnelles de stéroïdes. La fréquence des injections dépend du patient - donnez au patient la possibilité de décider.

Dans le psoriasis de l'ongle, la réponse ne doit être évaluée que 12 à 18 mois plus tard.

Les nouvelles études sur l'utilisation de produits biologiques dans le psoriasis de l'ongle évoquent le brodalumab, le tildrakizumab, le risankizumab, le bimekizumab, le deucravacitinib.

Le lichen plan de l'ongle constitue une urgence pour les ongles. L'anonychie et le ptérygion sont irréversibles. Chez les patients ayant une PdC, l'érythème au niveau de la plaque unguéale est difficile à voir, et l'onychorrhexie et la mélanonychie longitudinale (qui est évidemment plus physiologique) sont plus fréquentes. Le LP du lit de l'ongle peut ressembler au psoriasis.

Remarques particulières concernant les patients asiatiques

Conférencier : Dr George Han

1. Le psoriasis chez les patients asiatiques : le psoriasis peut être eczémateux et ressembler à la DA. Cependant, la DA peut aussi plus souvent ressembler au psoriasis chez les patients asiatiques. Cela peut expliquer les rapports mentionnant un traitement réussi chez certains patients atteints de DA. Le type de psoriasis prédominant chez les patients asiatiques se caractérise par de petites plaques (pas en gouttes), mais ils connaissent également une prévalence plus élevée de psoriasis pustuleux généralisé qu'en Europe.
2. La prévalence de la DA augmente, peut-être en raison de l'urbanisation et des migrations. À l'échelle mondiale (pas seulement chez les patients asiatiques), on

observe une évolution de la DA précoce à la DA de l'adulte. Les patients originaires d'Asie du Sud présentent une prévalence plus élevée de la DA lichénifiée, comme c'est le cas chez les patients afro-américains. Ces patients doivent se méfier de l'exposition au soleil car ils sont souvent plus photosensibles.

3. La phobie des stéroïdes est un phénomène culturel. Les patients peuvent être trop polis pour vous le dire, donc le conseil a toute son importance.
4. L'acupuncture : les publications donnent des preuves de son utilité dans la DA et le prurit chronique.
5. La stigmatisation du vitiligo est un vrai problème dû à la confusion avec la lèpre. Il est très important de plaider en faveur d'un traitement approprié.
6. Les patients asiatiques ont tendance à avoir plus d'acné vulgaire mais aussi une peau plus sensible. Le traitement est souvent complexe.
7. La rosacée est également un problème chez les patients asiatiques.

Lorsque vous conseillez un patient asiatique, tenez compte de son milieu culturel.

La dermoscopie acrale

Conférencier : Dr Jennifer Stein

Le Dr Stein a tenu à rappeler au public que « les sillons ne craignent rien, mais les crêtes sont à risque ».

Dans la pratique, la « mélanose ethnique/hyperpigmentation tachetée » est courante chez les patients ayant une PdC. Ces derniers présentent souvent des motifs de crêtes parallèles. Il existe très peu de publications à ce sujet et une caractérisation plus approfondie est nécessaire. Parmi les points à retenir, Le Dr Stein a souligné qu'une lésion de grande taille (plus de 7 mm) et atypique doit être examinée attentivement.

En ce qui concerne les lésions pigmentaires de l'ongle, elle a convenu que cela pourrait être beaucoup plus complexe. Les patients ayant une PdC présentent souvent une activation mélanocytaire, mais elle a tendance à être plus légère que dans le MM. En termes de conseils particuliers, elle a indiqué qu'un champignon a tendance à être plus large à la périphérie mais que le MM est plus large au niveau proximal (base du triangle à la base). Un naevus est généralement étroit, présente des bandes parallèles et peut avoir un signe pseudo-Hutchinson. Un MM peut présenter plusieurs bandes inégales ainsi qu'une pigmentation s'étendant au-delà de l'ongle. Si la largeur de la bande pigmentée est supérieure aux 2 tiers de l'ongle, le MM est alors plus préoccupant. Une bande pigmentée inférieure à 1 tiers est le plus souvent bénigne (Benati et al, JEADV).

Benati E, Ribero S, Longo C, Piana S, Puig S, Carrera C, et al. Clinical and dermoscopic clues to differentiate pigmented nail bands: an International Dermoscopy Society study. Acad Dermatol Venereol. avr 2017;31(4):732-6.

Le Dr Stein a conclu en conseillant de prêter attention à un ongle qui semblerait différent des autres. Elle a également conseillé de consulter le site <https://dermosclopedia.org> pour en savoir plus sur la dermoscopie.

Les caractéristiques uniques du CBC, du CEC et du mélanome chez les patients ayant une peau de couleur

Conférencier : Dr Valerie Harvey

Les inégalités en matière de santé contribuent à retarder le diagnostic chez les patients ayant une PdC, ce qui se traduit par une augmentation de la morbidité et de la mortalité. Dans ce contexte :

- le carcinome basocellulaire (CBC) est le cancer de la peau le plus fréquent chez les patients hispaniques et le deuxième plus fréquent chez les patients noirs. Il survient souvent au niveau des zones exposées au soleil et constitue la variante pigmentée dans ces populations ;

- le carcinome épidermoïde cutané (CEC) est le cancer de la peau le plus fréquent chez les patients noirs et le deuxième plus fréquent chez les patients hispaniques. Il apparaît généralement sur des zones partiellement ou totalement protégées. Les facteurs de risque sont les cicatrices chroniques, les affections inflammatoires, le HPV, l'immunosuppression et les cicatrices causées par des brûlures.

On note également que le motif de crête parallèle peut être une caractéristique normale chez les patients ayant une PdC.

Le Dr Harvey a mentionné les ressources en ligne suivantes pour l'éducation médicale liée à la peau de couleur :

- JAAD Skin of Colour Image Atlas (<https://www.jaad.org>)
- Brown Skin Matters (<https://www.brownskinmatters.com>)
- *Skin of Colour Society (<https://www.skinofcolorsociety.org>)
- VisualDx (<https://www.visualdx.com>)
- Skin Deep (<https://dftbskindeep.com>)

La science des cosméceutiques au service de l'hyperpigmentation et du vieillissement cutané

Conférencier : Dr Maritza Perez

Lors de sa présentation, le Dr Perez a mis l'accent sur une approche globale en ciblant les différentes étapes de la production et du transfert de la mélanine. Le blocage de tous les processus représente la plus grande probabilité de succès.

1. Les traitements topiques :

- réduire l'activation des mélanocytes : grâce à des agents qui inhibent l'activation des mélanocytes responsables de la production de la mélanine. Cela permet de limiter les étapes initiales de la pigmentation ;
- inhiber la synthèse de la mélanine : des ingrédients tels que l'hydroquinone et l'acide tranexamique permettent de réduire la synthèse de la mélanine dans les mélanocytes ;
- limiter le transfert de la mélanine : le transfert de la mélanine des mélanocytes vers les kératinocytes constitue une étape importante de la pigmentation visible. Les produits topiques visent à inhiber ce transfert. ;
- éliminer la mélanine épidermique : les exfoliants et autres agents éclaircissants pour la peau permettent d'éliminer la mélanine existante des couches cutanées externes, contribuant ainsi à éclaircir la peau.

2. Les approches systémiques :

- les antioxydants oraux : ils sont utilisés pour réduire le stress oxydatif, facteur clé de la surproduction de mélanine. Les antioxydants courants comprennent la vitamine C, la vitamine E et le glutathion ;
- les anti-inflammatoires oraux : les anti-inflammatoires systémiques peuvent permettre de réduire la réponse inflammatoire globale susceptible d'exacerber les problèmes de pigmentation.

Les ingrédients offrant la meilleure protection solaire systémique sont le polypodium leucotomos et le nicotinamide. La protection solaire doit être à la fois topique et systémique et il faut éviter les agents photosensibilisants (tels que le HCTZ).

En ce qui concerne le vieillissement, le Dr Perez a déclaré que les patients ayant une PdC commencent à vieillir 10 ans après les patients blancs.

Les voies et le métabolisme impliqués dans la production d'antioxydants cutanés naturels commencent à décliner à partir de l'âge de 20 ans. Au cours de la trentaine, nos mitochondries commencent à dysfonctionner - le remplacement par NAD+ et des peptides tels que Pal-KTTS peuvent résoudre ce problème. À la quarantaine, les voies et le métabolisme associés à la sénescence cellulaire commencent à augmenter de façon spectaculaire. L'exposition au soleil et les facteurs liés au mode de vie tels que l'exercice aérobique et le tabagisme sont les principaux facteurs contribuant à la sénescence cellulaire. À la cinquantaine, les voies et le métabolisme liés à la production de blocs constitutif de la barrière cutanée commencent à décliner. À ce stade, il est important d'utiliser les bons émoullissants et rétinoïdes.

Le Dr Perez a mis en évidence le processus de vieillissement accéléré après la ménopause, notant que le taux de vieillissement augmente 6,79 fois plus rapidement après la ménopause. Cela s'explique en grande partie par la forte baisse des taux d'œstrogènes. L'appauvrissement en œstrogènes a un effet considérable sur la peau :

- jusqu'à 30 % du collagène dermique disparaît dans les 5 premières années suivant la ménopause ;
- par la suite, 2,1 % supplémentaires de collagène disparaissent chaque année.

Cette perte importante de collagène se traduit par des changements perceptibles en termes de texture, d'élasticité et d'aspect général de la peau, accentuant la rapidité et la visibilité des effets du vieillissement pendant et après la ménopause.

Le Dr Perez a fait référence à l'estradiol propanoate de méthyle (MEP) : une nouvelle classe d'activateurs des récepteurs des œstrogènes non hormonaux à usage cosmétique (NERA). Contrairement à l'œstradiol, le MEP n'est pas une hormone présentant l'un des risques potentiels.

Draelos ZD. A Double-Blind Randomized Pilot Study Evaluating the Safety and Efficacy of Topical MEP in the Facial Appearance Improvement of Estrogen Deficient Females. J Drugs Dermatol. 1 nov 2018;17(11):1186-9.

Comprendre les photodommages et étudier la photoprotection chez les patients ayant une peau de couleur

Conférencier : Dr Heather Woolery-Loyd

Chez les patients ayant une peau de couleur, les rides du visage sont moins prononcées en raison d'un derme plus épais et plus dense. Cependant, ces patients sont plus sujets à la dyspigmentation (pigmentation inégale) en raison de la différence de concentration de la mélanine épidermique. Le Dr Woolery-Loyd a fait référence à une étude montrant que la répartition de la couleur de la peau peut expliquer un écart de 20 ans entre l'âge perçu et l'âge réel.

Chez les sujets caucasiens, la couche cornée est le principal point de filtration des UV, alors que chez les patients noirs, il s'agit de la couche basale et de la couche épineuse. Les UVA et la lumière visible (en particulier la lumière bleue) sont les principaux facteurs qui contribuent à la pigmentation chez les patients ayant une PdC.

Tous les types de peau ont besoin d'un écran solaire, mais pour des raisons différentes.

Tanaka et al ont montré que les pigments d'oxyde de fer présentent une efficacité différente pour bloquer différents types de rayonnement. Les principales conclusions tirées la recherche sur l'oxyde de fer sont les suivantes :

- les oxydes de fer jaunes et rouges bloquent efficacement plus de 90 % du rayonnement ultraviolet (UV), mais sont moins efficaces sur la lumière visible et le rayonnement proche infrarouge ;
- l'oxyde de fer noir offre une protection significative contre la lumière visible et le rayonnement proche infrarouge, plus élevée que les oxydes de fer jaune, bleu et rouge ;
- les combinaisons d'oxydes de fer rouge et noir, ainsi que les mélanges d'oxydes de fer jaune, bleu, rouge et noir, offrent une protection complète, bloquant le rayonnement allant des ultraviolets au proche infrarouge.

Les chercheurs ont conclu que les combinaisons d'oxyde de fer foncé sont particulièrement efficaces pour bloquer les UV, la lumière visible et le rayonnement proche infrarouge, offrant un spectre de protection plus large que les teintés plus claires (Tanaka, Yohei, Richard Parker et Amaryllis Aganahi. "Photoprotective ability of coloured iron oxides in tinted sunscreens against ultraviolet, visible light and near-infrared radiation". Optics and Photonics Journal 2023; 13(8):199-208).

Regazzetti, Claire, et al. Melanocytes sense blue light and regulate pigmentation by opsin-3. *Journal of Investigative Dermatology* 2018;138(1):171-178. Cet article a également été cité pour illustrer l'importance de la lumière bleue dans le développement de la pigmentation.

En ce qui concerne les écrans solaires antioxydants, Le Dr Woolery-Loyd a montré qu'ils offrent une protection équivalente aux écrans solaires minéraux teintés contre les UVA1 et la lumière visible. Pour finir, elle a fait référence aux nouvelles recommandations australiennes en matière de protection solaire, qui établissent un équilibre entre le risque d'exposition au soleil et le risque de carence en vitamine D en raison d'une exposition insuffisante.

Neale RE, Beedle V, Ebeling PR, Elliott T, Francis D, Girgis CM, et al. Balancing the risks and benefits of sun exposure: A revised position statement for Australian adults. Australian and New Zealand Journal of Public Health. févr 2024;48(1):100117.