

BIODERMA

CONGRESS REPORTS

RADLA 2025

Comptes rendus rédigés par le Dr Silvina Maldonado (dermatologue, Argentine)

LA RÉVOLUTION DES PETITES MOLÉCULES

LES PETITES MOLÉCULES, C'EST QUOI ?

Intervenant : Dr Valenzuela Fernando (Chili)

Les petites molécules sont des composés de bas poids qui contiennent généralement entre 20 et 100 atomes, et qui sont synthétisés chimiquement, ce qui les rend stables et plus faciles à fabriquer. Cela permet une administration facile, généralement par voie orale. Il s'agit de médicaments que nous utilisons depuis longtemps dans certains cas : l'aspirine est un exemple de petite molécule, tandis que l'insuline est une grande molécule. Les inhibiteurs de JAK sont des petites molécules, de moins de 500 kD, qui sont absorbées dans l'intestin et traversent la peau, et ne sont pas très lipophiles. En tant que médicaments, leur effet pharmacologique ne dépend pas de la métabolisation ; ils sont rapidement absorbés et ont un effet clinique précoce ; leur concentration plasmatique maximale et leur demi-vie d'élimination sont courtes. Ils ont des effets immunomodulateurs, anti-prolifératifs et anti-inflammatoires, ce qui permet d'éviter les corticoïdes. Le moins sélectif est le tofacitinib et les plus sélectifs sont l'upadacitinib (inhibiteur de JAK1), l'abrocitinib (inhibiteur de JAK1) et le deucravacitinib (inhibiteur de TYK2). Effets indésirables : infections associées à HSV et à HZV, rhinopharyngites, infections des voies respiratoires supérieures et infections urinaires, acné, manifestations gastro-intestinales. Le dépistage initial est essentiel et doit être suivi de contrôles à 1 et 3 mois, puis tous les 3 à 6 mois.

LES PETITES MOLÉCULES DANS LE TRAITEMENT DU PSORIASIS

Intervenant : Dr Echeverria Cristina (Argentine)

L'aprémilast (oral) est un inhibiteur de la phosphodiesterase 4 (PDE4) ; il est approuvé chez l'adulte et depuis peu chez l'enfant de plus de 6 ans et de plus de 20 kg. Il est efficace face au rhumatisme psoriasique, aux atteintes unguéales, du cuir chevelu, palmo-plantaires et génitales. Les effets indésirables sont les suivants : diarrhées, nausées, céphalées et perte de poids ; dans une moindre mesure : fatigue, dépression, douleurs abdominales, vomissements et infections des voies respiratoires supérieures. Avantages par rapport à d'autres traitements systémiques en cas d'hypertension artérielle, de dyslipidémie, de syndrome métabolique, d'hépatopathie, d'infection chronique (VIH, VHB, VHC, tuberculose) et d'antécédents de cancer de moins de 5 ans. Par rapport aux biothérapies, il présente des bénéfices chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque congestive, de maladies démyélinisantes, d'infections chroniques et d'antécédents de cancer de moins de 5 ans. Le roflumilast (par voie orale) a été approuvé par la FDA et l'EMA dans le traitement des BPCO et est utilisé hors AMM en dermatologie (également en traitement topique). Les effets indésirables comprennent la diarrhée, la perte de poids, les nausées, les céphalées et les insomnies. Le deucravacitinib est un inhibiteur allostérique de TYK 2. Il est le premier de sa catégorie à avoir été approuvé pour le traitement par voie orale des adultes atteints d'un psoriasis modéré à sévère et présente un excellent profil de tolérance. La prochaine génération de petites molécules (DC-806, icotrokinra, SAR441566) promet d'élargir encore l'arsenal thérapeutique et de porter la médecine personnalisée à un autre niveau.

LES PETITES MOLÉCULES DANS LE TRAITEMENT DE LA DERMATITE ATOPIQUE (DA)

Intervenant : Dr Londono Angela (Colombie)

L'intervenante a parlé du baricitinib, de l'abrocitinib et de l'upadacitinib, tous très efficaces, puisqu'ils permettent une diminution significative du prurit dans les deux premières semaines. Le profil de tolérance est acceptable, malgré les effets indésirables suivants : rhinopharyngites, céphalées, infections des voies respiratoires supérieures et, dans une moindre mesure : HZV/HSV, acné/folliculite, troubles lipidiques et hématologiques. Au niveau de l'EASI90, ils affichent des résultats supérieurs au dupilumab.

LES PETITES MOLÉCULES DANS LE TRAITEMENT D'AUTRES DERMATOSES

Intervenant : Dr Aoki Valeria (Brésil)

Face aux maladies bulleuses comme le pemphigus herpétiforme, la pemphigoïde bulleuse, le pemphigus vulgaire : tofacitinib, baricitinib, upadacitinib, abrocitinib. Autres dermatoses : vitiligo, pelade et urticaire chronique.

TRICHOLOGIE : DU DIAGNOSTIC AU TRAITEMENT

L'ALOPÉCIE ANDROGÉNÉTIQUE

Intervenant : Dr Gosch Caroca Marianne (Chili)

Après quelques généralités, l'intervenante a parlé de la physiopathologie, évoquant en particulier le facteur micro-inflammatoire dû à la dérégulation de l'expression des cytokines. Parmi les facteurs associés à cette affection, elle a cité la flore microbienne, le stress oxydatif, le vieillissement, le tabagisme, les rayons UV et les polluants. Elle a également souligné la nécessité d'écarter un syndrome métabolique, en particulier chez les patients qui résistent au traitement. En ce qui concerne les analyses de laboratoire de routine, elle a suggéré d'ajouter le dosage du PSA après 45 ans. La dermoscopie révèle une pigmentation brunâtre périfolliculaire et des points jaunes. En termes de traitement, le minoxidil et le finastéride ont été approuvés, tandis que le dutastéride est utilisé hors AMM ; ce dernier s'est avéré plus efficace en utilisation 3 fois/semaine que le finastéride tous les jours. La greffe de cheveux doit être envisagée, même si tous les patients ne sont pas des candidats, et jamais avant 25 ans.

L'ALOPÉCIE ANDROGÉNÉTIQUE CHEZ LA FEMME

Intervenant : Dr D'Atri Gisela (Argentine)

L'intervenante a souligné l'importance d'un diagnostic précoce aidé par la trichoscopie (anisotrichose supérieure à 20 %, augmentation de 10 % du duvet dans la zone frontale, cheveux plus fins que dans la zone occipitale, moins de densité dans la zone pariétale et, comme signe précoce,

augmentation de l'UF au niveau d'un seul cheveu). Elle a suggéré des examens en vue d'écarter un syndrome métabolique, à la fois avant et après la ménopause. Une partie du traitement consiste à recommander une perte de poids et à surveiller les signes d'hyperandrogénie. Parmi les pathologies associées : SOPK 90 %, hyperprolactinémie 2-3 %, hyperplasie congénitale des surrénales 1-2 % et tumeurs ovariennes/surrénales moins de 1%. L'utilisation de testostérone par voie orale doit être mûrement réfléchi, car elle peut conduire à des niveaux supraphysiologiques. La plupart des patientes n'ont pas besoin d'analyses hormonales ; il faut donc prescrire des analyses de laboratoire uniquement en cas de signes d'hyperandrogénie, d'alopecie sévère, d'apparition brutale/de progression rapide, de type masculin/de virilisme.

ALOPÉCIES CICATRICIELLES LYMPHOCYTAIRES

Intervenant : Larrondo Jorge (Chili)

Les caractéristiques générales sont un érythème périfolliculaire, une légère fusion et hyperkératose folliculaire, touchant la zone des cellules souches et produisant une fibrose. Ces alopecies sont notamment le lichen plan folliculaire, le lupus érythémateux discoïde, l'alopecie cicatricielle centrifuge. En ce qui concerne le traitement, dans la phase anti-inflammatoire, on utilise des corticoïdes puissants, des stéroïdes intralésionnels (risque d'atrophie), des antibiotiques, des immunosuppresseurs et des rétinoïdes. En phase de repousse : minoxidil topique ou oral à faible dose, inhibiteurs de la 5-alpha-réductase, PRP, LLLT (traitement au laser à faible niveau), restauration chirurgicale. Le tofacitinib est prescrit face au lichen plan pileaire et/ou face à l'alopecie fibrosante frontale, en commençant par 5 mg deux fois par jour, puis 10 mg deux fois par jour.

ALOPÉCIES CICATRICIELLES NEUTROPHILIQUES

Intervenant : Dr Reynoso Jeyce (République dominicaine)

Sur le plan de l'étiologie, l'intervenante a décrit l'immunosuppression et le rôle de *Staphylococcus aureus* (même en présence de cultures négatives), de la DM, de la néphropathie. Les observations trichologiques sont les suivantes : hyperkératose folliculaire, érythème périfolliculaire, cheveux touffus (non pathognomoniques), diamètres très divers, taches cicatricielles blanches et points jaunes. La cellulite disséquante peut être réversible dans ses premiers stades. Parmi les affections associées : acné conglobata, kyste

pilonidal, HS, polyarthrite séronégative, syndrome KID, troubles musculo-squelettiques et pyodermite végétante. La trichoscopie montre des points noirs ou des cheveux cadavériques, du duvet, des cheveux cassés, des points blancs et des cheveux en point d'exclamation (signe de gravité). En ce qui concerne le traitement, il n'existe aucun remède, ni aucune directive claire et les rechutes sont fréquentes.

ALOPÉCIES AUTO-INDUITES

Intervenant : Dr Martinez Hugo (Mexique)

Ce groupe d'affections comprend la trichotillomanie, la pseudo-pelade et l'alopecie de traction. Des troubles impulsifs et compulsifs ont été décrits. Dans la trichotillomanie, les traitements psychoactifs masquent une réponse temporaire uniquement, et peuvent même aggraver les cas. L'intervenant propose donc l'utilisation de N-acétylcystéine 600-1200 mg/jour, en moyenne pendant 3 mois, en plus du minoxidil topique ou oral. Le soutien psychologique est essentiel. L'alopecie de traction est de plus en plus fréquente, sous des formes marginales, bitemporales, en bandes et géométriques.

LES ASTUCES THÉRAPEUTIQUES DE LA CLINIQUE MAYO

Intervenant : Davis Mark (États-Unis)

Le Dr Davis a présenté des cas cliniques intéressants, notamment un cas grave d'HS face auquel, malgré des mesures générales (perte de poids et arrêt du tabac) et des traitements médicamenteux (ATB/biothérapies), un traitement chirurgical a été requis. L'intervenant a également présenté une dermatite récalcitrante du pouce et de la main, qui résistait aux traitements topiques et systémiques et qui s'est avérée être un MF traité par protonthérapie avec d'excellents résultats, les lymphocytes étant extrêmement sensibles à la radiothérapie. Le cas suivant était un patient souffrant d'un faciès léonin sévère dû à un MF, qui a également répondu à la protonthérapie et a disparu en trois séances. L'intervenant a ensuite montré le cas d'un patient adressé pour un diagnostic de « psoriasis ulcéreux » qui s'est avéré être un lymphome cytotoxique, et le patient a décidé d'arrêter complètement le traitement. Le cas suivant était un patient souffrant d'un MF

ulcéreux dont l'état s'est amélioré après 45 jours d'électrothérapie. Chez un patient souffrant d'une pustulose palmo-plantaire récalcitrante, l'intervenant a prescrit une radiothérapie, tandis que chez un patient souffrant d'une érythromélgie, il a écarté une association avec une maladie myéloproliférative (5 %). Comme conseil thérapeutique pour les douleurs cutanées localisées, il recommande les patchs à la lidocaïne ou l'amitriptyline/kétamine en crème/gel 50 mg deux fois par jour, traitement qui agit en bloquant les canaux sodiques. Au niveau systémique, l'intervenant a fait preuve d'enthousiasme face à l'approbation récente de la suzetrigine contre les douleurs liées aux interventions ou aux lésions, sans les effets des opioïdes. En effet, cette molécule bloque la douleur au niveau des nerfs périphériques et les chercheurs espèrent qu'elle sera la première d'une nouvelle génération de médicaments puissants et non addictifs. Il a ensuite présenté le pansement pour les patients atteints d'une dermatite atopique pour un soulagement symptomatique rapide du prurit.

MYTHES ET RÉALITÉS AUTOUR DE L'EXPOSOME

Intervenant : Dr Puig Sarda Susana (Espagne)

L'intervenante a parlé de l'importance relative de la couche d'ozone sur la peau, rôle qui est plus complexe, sous l'effet des changements climatiques naturels et de l'activité humaine, source de gaz qui retiennent la chaleur et augmentent les températures. Le réchauffement de la planète, avec ses hivers plus courts et l'intensité accrue des rayons UV, augmente l'exposition et exacerbe l'incidence des cancers de la peau. En ce qui concerne la vitamine D, l'intervenante a indiqué que, bien que la principale source soit le soleil, on la trouve également dans l'alimentation. La courbe d'absorbance est la même que celle des dommages au niveau de l'ADN et des cancers de la peau. Par conséquent, le temps nécessaire est inférieur au délai d'apparition des coups de soleil. Parce qu'elle est liposoluble, elle peut s'accumuler et être toxique, ce qui suggère de peu s'exposer chaque jour et de ne pas trop s'exposer le week-end. L'utilisation de la photoprotection et la capacité de synthèse de la vitamine D sont des sujets qui ne font pas consensus. Des études menées sur des enfants montrent que ceux qui utilisent la photoprotection ont des taux de vitamine D plus élevés. Pour ce qui est de savoir si l'utilisation d'une crème solaire a un impact sur le cancer de la peau, son utilité est bien documentée. Un traitement topique permet-il de réparer les dommages dus aux UV ?

L'intervenante a montré des études concernant l'Eryfotona et l'Anthelios, dans lesquelles des améliorations ont été observées

au niveau de la cancérisation, via la microscopie confocale OCT (qui associe la tomographie par cohérence optique confocale et la microscopie confocale). Elle a ensuite abordé la question de l'association entre l'alimentation, le microbiote et le cancer de la peau, qui est également un sujet controversé. L'intervenante a remarqué que le régime méditerranéen réduirait l'incidence du CBC et du MM, que les agrumes augmenteraient le risque de MM/CBC/CEC et qu'il est possible que les aliments ultra-transformés augmentent le risque de MM. Le café (2 tasses par jour) réduirait le risque de cancers non mélaniques de 3 à 8 % et de MM de 25 %. L'alcool augmente le risque de CBC/CEC et de MM. En ce qui concerne les vitamines, seul le nicotinamide aurait un effet protecteur. Le riz arrosé avec de l'eau potable contaminée à l'arsenic augmente le risque de CBC/CEC. En ce qui concerne le microbiote, son rôle en tant que facteur prédictif de l'évolution de l'immunothérapie face au MM métastatique reste à étudier, car des profils différents ont été observés dans différents pays. Selon une étude, la greffe de microbiote fécal permettrait aux patients de répondre au traitement.

HIDRADÉNITE (HS) : LES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX ET AU-DELÀ

Intervenant : Dr Hernandez Santos Alina Patricia (République dominicaine)

L'intervenante a parlé de la coexistence de l'HS et du psoriasis, qui partagent des comorbidités dues aux mêmes mécanismes physio-pathogéniques et aux mêmes facteurs déclenchants (tabagisme/obésité). Elle a ainsi évoqué le kyste pilonidal associé dans 23 % des cas à une HS, certains auteurs le considérant comme une forme localisée de cette même pathologie. Les autres comorbidités sont les suivantes : PR, spondylarthrite ankylosante et spondyloarthrite, maladies métaboliques, maladies cardiovasculaires, stéatose hépatique non alcoolique, MICI, pathologies psychiatriques ; et au niveau de la peau : CEC, acné, PG, cellulite disséquante du cuir chevelu et kyste pilonidal. Le dépistage doit être annuel. L'intervenante a ensuite décrit la physiopathogénie et, en ce qui concerne l'approche, elle a évoqué l'utilité d'une échographie réalisée par un spécialiste connaissant bien cette pathologie afin d'obtenir un compte rendu correct, à même d'éclairer la décision thérapeutique. Elle a par ailleurs indiqué que la

PCR est un marqueur important de la progression et qu'il faut impérativement travailler sur un diagnostic plus précoce, dans un contexte où il faut en moyenne 8 ans pour obtenir le bon diagnostic et accéder à un traitement dermatologique. C'est pourquoi les patients atteignent des stades modérés à sévères dans 73 % des cas (« concept de la fenêtre d'opportunité thérapeutique »). En dehors des algorithmes généraux et des mesures déjà connues, l'intervenante a conclu qu'il n'existait pas de traitements standards. Il convient de se concentrer sur un traitement global et de mettre à profit une association de traitements innovants comme les petites molécules (inhibiteurs de JAK), ou le liraglutide chez les patients qui ne répondent pas aux biothérapies (la peau présente des récepteurs du GLP-1 dans les lésions dues au psoriasis et également dans l'HS, même si l'on ne sait pas si cela est dû à un effet anti-inflammatoire direct ou à une perte de poids).

PATHOLOGIE DE LA MUQUEUSE GÉNITALE CHEZ LA FEMME. CONNAISSANCES ACQUISES VIA LES ÉTUDES DE CAS

LES MILLE ET UN VISAGES DES LÉSIONS VULVAIRES INHABITUELLES

Intervenant : Dr Martin Sanguenza (Bolivie)

L'intervenant a présenté plusieurs cas : vulvitis facticia, vaginite emphysémateuse due à des bactéries gazogènes chez des patientes immunodéprimées, ulcères de Lipschutz (pathologie rare induite par un EBV, non hémorragique et typiquement « en miroir »), dermatite érosive de Jacquet (lésions en forme de volcan sur une base papillomateuse, secondaires à une dermatite érosive du siège), dyskératose acantholytique papuleuse (le HPV doit être écarté et un pemphigus peut apparaître), lichen scléreux avec lésion pigmentée nævique (diagnostic différentiel histopathologique impossible, mais une fibrose doit être recherchée : « pseudo-mélanome ») et enfin, mélanome vulvaire (maladie très agressive).

LICHEN SCLÉREUX VULVAIRE : CE QUE TOUT DERMATOLOGUE DOIT SAVOIR

Intervenant : Dr Vera Kellet Cristian (Chili)

Le LSV est généralement asymptomatique jusqu'à l'apparition de complications infectieuses, d'une atrophie, d'un rétrécissement de l'introïtus ; il s'écoule en général 4 à 6 ans entre l'apparition et le diagnostic. Après une vue d'ensemble de cette pathologie, l'intervenant a insisté sur l'importance des dermocorticoïdes puissants et très puissants, seul traitement dont les études randomisées et les méta-analyses ont montré qu'il réduit le risque de transformation maligne et de récurrence, mais qui doit être utilisé à vie : 1 à 2 fois par jour pendant 3 mois, puis 2 à 3 fois par semaine en cas de puissance très élevée ou tous les deux jours en cas de puissance modérée. D'autres traitements sont utilisés pour soulager les symptômes : les inhibiteurs de la calcineurine, les rétinoïdes topiques, les inhibiteurs de JAK topiques et les inhibiteurs de la PDE4 topiques n'ont fourni que peu de données probantes, uniquement via des comptes rendus ou sont actuellement à l'étude. Les hormonothérapies topiques, les corticoïdes oraux ou intralésionnels, les immunosuppresseurs, les inhibiteurs de l'IL 17 et de l'IL 4 présentent également des données limitées et ne doivent pas être utilisés en monothérapie ni en remplacement des dermocorticoïdes. Il en va de même pour les procédures telles que la PRP, la radiofréquence et la photothérapie dynamique. Les lasers ne peuvent être que des traitements complémentaires qui améliorent l'absorption des corticoïdes topiques et retardent/préviennent l'hyperkératose. Le LS peut évoluer en une néoplasie intraépithéliale vulvaire, puis en un CEC, selon un risque de 4 à 5 %, 10 ans après le diagnostic. Cependant, lorsque le diagnostic est histologique, ce risque atteint 28-76 % ; plus encore, 61 % des CEC présentent des altérations histologiques du LS et doivent SYSTÉMATIQUEMENT faire l'objet d'une biopsie.

ULCÉRATIONS GÉNITALES VULVAIRES ; IL N'Y A PAS QUE LA SYPHILIS

Intervenant : Dr Leiro Viviana (Argentine)

Elles peuvent être aiguës (sans atteinte systémique : traumatisme, contact, infections ; ou avec atteinte systémique : ulcères de Lipschutz) ou chroniques (avec ou sans atteinte buccale). L'intervenante a présenté des cas cliniques de syphilis primaire, de chancres multiples, de chancres persistants et de syphilis secondaire. Elle a également évoqué le HSV, les chancres mous, les

chancres mixtes de Rollet (syphilis associée à un chancre mou), donovanose, la trichomonase et l'infection à Mpox. Elle a ensuite parlé du PG. Elle a souligné le défi diagnostique et thérapeutique que posent ces pathologies.

SI NOUS SOMMES TOUS PORTEURS DU HPV, POURQUOI NOUS FAIT-IL AUTANT PEUR ?

Intervenant : Dr Martinez Mariana Jimena (Argentine)

80 % des femmes contractent un papillomavirus à un moment ou à un autre de leur vie. Cette situation génère beaucoup d'anxiété et de stress. Il existe des études concernant l'impact du stress chronique sur les manifestations de l'infection à HPV et la carcinogenèse via l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HPA) et le système nerveux sympathique (SNS), qui suppriment l'immunité cellulaire et réactivent le HPV. Ce phénomène favorise l'expression des oncogènes viraux et fait passer la réponse immunitaire de Th1 à Th2, ce qui réduit la capacité de l'organisme à éliminer le virus, augmentant ainsi le risque de lésions pré-cancéreuses et de cancer associé. C'est pourquoi, en plus du traitement habituel au cas par cas, l'intervenante propose une stratégie d'intervention axée sur la gestion du stress (pleine conscience, thérapie comportementale et cognitive), le soutien, une information claire (la plupart des HPV présentent un faible risque oncogène), la promotion d'une hygiène de vie saine et un suivi/contrôle.

CONSEILS POUR LE TRAITEMENT DU PSORIASIS

Intervenant : Dr Feldman Steven (États-Unis)

Le Dr Feldman suggère d'adapter le dépistage en fonction de l'âge des patients, car le risque d'IdM aigu est plus élevé en cas de psoriasis sévère, ce qui nécessite une surveillance des lipides et de la TA. L'intervenant a fortement insisté sur la simplification des traitements afin d'améliorer l'observance. Chez les patients qui présentent des lésions semblables à un « récif de corail », on a tendance à penser qu'en raison de l'épaississement de la peau, les traitements topiques ne fonctionneront pas. Pourtant, le clobétasol en spray donne de très bons résultats. En ce qui concerne les anti-inflammatoires non stéroïdiens topiques, l'intervenant suggère de les réserver

aux zones qui sont sensibles aux corticoïdes, mais de ne pas compliquer la vie des patients en associant plusieurs traitements, car cela n'améliorera pas l'observance et, par conséquent, cela n'atténuera pas le psoriasis. Au sujet du psoriasis au niveau du cuir chevelu, il a déclaré que c'est une affection très frustrante : il convient de choisir la bonne forme galénique et de convaincre les patients que si le traitement est fort ou pique, leur état s'améliorera plus rapidement. Il existe de nombreuses options thérapeutiques face au psoriasis sévère. L'une d'entre elles est la photothérapie à domicile, qui facilite l'observance. L'acitrétine est très facile à utiliser et augmente l'efficacité des UVB, tout en s'accompagnant d'une surveillance simple et d'une sensibilisation correcte concernant les effets indésirables. Ce traitement est également très utile face au psoriasis palmo-plantaire. En ce qui concerne les douleurs articulaires associées au psoriasis, l'intervenant recommande d'utiliser un traitement systémique le besoin se situe au niveau de la peau, et une biothérapie si le besoin se situe au niveau des articulations. En revanche, si la peau nécessite uniquement des UV et les articulations nécessitent uniquement des AINS, ne pas utiliser les biothérapies. Le Dr Feldman conseille de noter par écrit les effets indésirables du MTX. Enfin, il a déclaré qu'il n'y a probablement pas de biothérapie meilleure qu'une autre, mais que l'observance est plus ou moins bonne selon que nous signalons les risques potentiels avec sérénité. Ce sont des médicaments révolutionnaires pour ceux qui en ont vraiment besoin !

MÉLANOME SOUS-UNGUÉAL. DIAGNOSTIC, TRAITEMENT, PRONOSTIC

Intervenant : Dr Haneke Eckart (Allemagne)

Le médecin qui a mis au point la technique conservatrice fonctionnelle sans amputation face aux MM sous-unguéaux a pu démontrer que la survie était plus élevée qu'après une amputation. Il a présenté la technique de la biopsie tangentielle, plusieurs cas cliniques et les réparations fonctionnelles et esthétiques qu'il recommande. En guise de conseil, toujours penser aux MM, surtout après 25 ans.

DES CHANGEMENTS TRÈS RAPIDES. À QUOI RESSEMBLERA LA DERMATOLOGIE EN 2030 ?

Intervenant : Dr Malvehy Josep (Espagne)

Avec l'avènement de la révolution industrielle, nous sommes arrivés à l'ère actuelle d'Internet et des énergies renouvelables, puis vient déjà la révolution 5.0 : l'IA ; et la suivante, 6.0 : nanotechnologies, robotique, biologie synthétique, biotechnologies, neurosciences, neurotechnologies et enfin technologies de la communication et de l'information. Nous sommes confrontés au vieillissement de la population (> 80 ans), en sachant que les personnes âgées seront trois fois plus nombreuses d'ici 2050, et que les plus de 65 ans dépasseront les 24-35 ans dans le monde. Les maladies chroniques atteindront un rapport de 1:3 et le manque de personnel de santé s'accroîtra, tout comme les contraintes financières et l'inégalité de l'accès aux soins. En dermatologie, l'IA et le big data nous aident à créer des modèles prédictifs et un apprentissage automatique, à identifier des phénotypes complexes et à optimiser les approches thérapeutiques. Un consensus d'experts autour des éléments de compétence en matière d'IA pour les professionnels de santé a identifié 6 aspects : 1) comprendre la valeur, les limites et l'utilisation des solutions d'IA ; 2) comprendre les concepts de base de la science des données ; 3) choisir le meilleur outil d'IA pour chaque indication médicale ; 4) intégrer l'IA dans le processus de prise en charge des patients ; 5) connaître les normes juridiques et déontologiques ; 6) expliquer cette technologie aux patients. Il convient de souligner que l'IA doit aller de pair avec l'intelligence humaine. Des travaux sont également en cours concernant DIGITAL TWIN, une sorte d'avatar de patient qui permet une simulation personnalisée selon un phénotype virtuel. La biologie synthétique permet une manipulation ciblée du microbiote, une reprogrammation cellulaire et une régénération cutanée, ce qui pourrait devenir une stratégie thérapeutique possible pour le traitement et l'étude des maladies. Les cultures d'organoïdes cutanés sont des cellules humaines cultivées en laboratoire, sur lesquelles les médicaments sont passés au crible par caractérisation génétique afin de prédire leur toxicité et leur efficacité dans le cadre d'une médication de précision. La formation médicale continue, ainsi que l'information et l'autonomisation des patients, sont des aspects fondamentaux. En ce qui concerne l'utilisation des réseaux sociaux, l'intervenant a décrit

les avantages déjà connus, tout en soulignant à quel point les publications des dermatologues sont rares. Résultat : les patients accèdent plus rapidement à des informations de qualité médiocre émanant d'influenceurs dépourvus de connaissances scientifiques. Sa conclusion était toutefois optimiste : la dermatologie de demain intégrera des technologies disruptives, une meilleure compréhension de la biologie cutanée et un nouveau modèle de relation avec les patients. Une vision stratégique, des investissements dans les infrastructures numériques et une formation continue des professionnels sont nécessaires, tout comme une réglementation garantissant l'utilisation déontologique, sans danger, durable et équitable des nouveaux outils.

COMMENT ABORDER LES DIFFÉRENTES PERSONNALITÉS EN CONSULTATION

TRAITS DE PERSONNALITÉ ET TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Intervenant : Dr Hernandez Perez Rolando (Venezuela)

L'intervenant a parlé des TRAITS DE PERSONNALITÉ comme étant inhérents aux êtres humains ; ils sont flexibles, permettent aux gens de s'adapter à différentes situations et ne sont pas nécessairement négatifs. Quant aux TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ, ils constituent un modèle durable de vécu intérieur et de comportement qui s'écarte sensiblement de ce qui est attendu de chacun en fonction de sa culture, et qui se manifestent dans plusieurs sphères : cognitive, affective, fonctionnement interpersonnel ou contrôle des impulsions. L'intervenant a évoqué plusieurs catégories. GROUPE A : paranoïaque / schizoïde / schizopathique. GROUPE B : antisocial / borderline / histrionique / narcissique. GROUPE C : évitant / dépendant / obsessionnel compulsif. La PERSONNALITÉ est la façon unique dont l'individu est en relation avec lui-même et avec les autres ; elle peut déterminer l'évolution de sa maladie, sa relation avec son médecin et sa réponse au traitement. Les traits de personnalité sont souvent accentués pendant la maladie, parce que cette dernière nécessite une adaptation et parce que l'hospitalisation met la personnalité à l'épreuve du stress.

L'APPROCHE DES PERSONNALITÉS CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS D'UNE DERMATITE ATOPIQUE (DA)

Intervenant : Dr Bolla Lourdes (Paraguay)

Si l'on considère la peau comme un canal de communication et un modélisateur de l'anxiété (origine ectodermique commune), alors lorsque la modulation est défailante, il existe une prédisposition à la somatisation. L'intervenante a mis l'accent sur l'expérience tactile et cutanée précoce (avant l'acquisition de la parole) et son rôle dans le développement émotionnel et physique. La perception de la peau organise l'image du corps et l'individu peut avoir recours à des pseudo-maladies pour affirmer son existence et définir ses limites. La DA est associée à des niveaux élevés de stigmatisation, d'anxiété, de dépression, d'isolement et de faible estime de soi, ce qui entraîne une perturbation de la qualité de vie et de la dynamique familiale. Il est essentiel d'adopter une approche holistique

et pluridisciplinaire, en sollicitant des psychologues et des psychiatres lorsque les patients montrent des signes d'absence d'émotions et de sentiments. Des indices de type DLQI sont à utiliser.

L'APPROCHE DE LA PERSONNALITÉ CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS D'ACNÉ

Intervenant : Dr Malvido Karina (Argentine)

À une époque où l'apparence est plus importante que jamais, les problèmes de peau ont un impact émotionnel significatif, à la fois sur les plans psychologique et social, impact qui ne doit jamais être négligé : dépression, mauvaise estime de soi, anxiété, honte, pensées suicidaires et tentatives de suicide. Ces problèmes s'accompagnent souvent d'un isolement social, d'un sentiment de peur, de crises de colère, d'une consommation de drogues et d'alcool, parfois excessive, tous conduisant à des comportements compulsifs tels que le pincement et l'automutilation. Les patients peuvent ainsi ressentir un besoin incontrôlable de s'automutiler pour faire face à des émotions difficiles. Les troubles associés sont la colère, la dépression, l'anxiété, les troubles de la personnalité borderline, les troubles de la personnalité narcissique, les TOC, les délires et la dysmorphophobie. Une écoute empathique et une bonne relation médecin-patient favorisent un diagnostic précoce et un traitement pluridisciplinaire.

L'APPROCHE DE LA PERSONNALITÉ DES PATIENTS ATTEINTS D'UN PSORIASIS

Intervenant : Dr Silverio Carrasco Lianet (République dominicaine)

Le stress chronique est un facteur déclenchant. Jusqu'à 30 % des patients développent des symptômes dépressifs, une dépression ou de l'anxiété. Les traits de personnalité comprennent le perfectionnisme et la difficulté à exprimer ses émotions, la sensibilité au rejet, un niveau élevé de névrosisme. Bien qu'il n'existe pas de « personnalité psoriasique », certains traits peuvent influencer l'adaptation des patients à la maladie et avoir un impact sur l'évolution clinique. Outre les approches ci-dessus, il est essentiel d'orienter les patients vers des groupes de soutien et, dans certains cas, vers un rhumatologue.

APPROCHE DE LA PERSONNALITÉ DES PATIENTS CONSULTANT POUR UN TRAITEMENT ESTHÉTIQUE

Intervenant : Dr Mysticone Susana (Venezuela)

Dans certains cas, ces patients représentent un véritable défi psychologique qui a un impact sur notre pratique clinique, car nous sommes souvent capables de reconnaître qu'ils présentent un problème psychopathologique, mais nous ne parvenons pas à poser le bon diagnostic clinique. Les réseaux sociaux conduisent souvent à des images corporelles irréalistes, aggravant l'insatisfaction à l'égard de notre propre corps et les comorbidités qui accompagnent la dysmorphophobie, comme la dépression et les troubles de l'alimentation. L'intervenante a parlé de la dysmorphie Zoom dans le sillage de la pandémie de COVID, du visage Instagram, du patient « fan », des patients exigeants, prudents, inconstants, préoccupés par leur statut, intolérants. Dans les cabinets de médecine esthétique, le nombre de patients souffrant de troubles de la personnalité est plus élevé : jusqu'à 15 % présentent une dysmorphophobie et un trouble de la personnalité borderline. Les troubles les plus fréquents sont les suivants : borderline, narcissique, histrionique et obsessionnel-compulsif. Les patients en question doivent être orientés vers un

psychiatre. Il est peu probable qu'un patient souffrant de dysmorphophobie soit satisfait, et il devient généralement agressif, ce qui conduit à des situations graves et/ou une action en justice. Lorsqu'ils sont malgré tout satisfaits, ils portent leur attention sur une autre partie du corps. Il est

recommandé de ne pas les traiter et, dans certains cas seulement, de corriger des défauts minimes après une évaluation psychiatrique.

APPROCHE DE LA PERSONNALITÉ CHEZ LES PATIENTS SOUFFRANT DE PROBLÈMES ONCOLOGIQUES

Intervenant : Dr Vasquez Maria (Argentine)

10 % des patients auront besoin d'une prise en charge psychologique au cours de la première année suivant le diagnostic. Pourtant, 73 % des patients souffrant de dépression ne reçoivent pas de traitement adéquat. Les troubles les plus fréquents sont : la dépression, l'anxiété, les troubles de l'adaptation et le SSPT (syndrome de stress post-traumatique), en particulier dans les cancers plus agressifs ou à des stades plus avancés. Il existe également des comorbidités liées à l'image de son propre corps et aux idées suicidaires. À tous les outils susmentionnés, s'ajoute un soutien social.

MISE À JOUR CONCERNANT LA DERMATOMYOSITE (DM), LA SCLÉRODERMIE ET LE LUPUS

Intervenant : Dr Sartori Valinotti Julio (États-Unis)

Les nouveaux traitements ciblent le phénotype individuel de chaque patient.

- LED - l'intervenant a évoqué les traitements suivants :
 - 1) LITIFILIMAB - il cible BDCA2/essai de phase II, assez bien toléré dans les essais, mais pas encore disponible. Effets indésirables : hypersensibilité, HSV buccal, HZV ;
 - 2) ANIFROLUMAB - il cible la sous-unité 1 du récepteur de l'IFN-1 / étude de phase III ; effets indésirables minimes dans le traitement du LED ; HZV et bronchite. Réponse rapide dans le traitement du LEC ;
 - 3) LÉNALIDOMIDE - analogue de la thalidomide / effets indésirables mineurs : leucopénie légère / TVP. Ne pas oublier que les inhibiteurs de la pompe à protons sont les médicaments qui provoquent le plus souvent un LED d'origine médicamenteuse et sont très facilement accessibles aux patients.

- DM : toujours écarter la possibilité d'un cancer caché, dépistage en fonction du risque (directives IMACS). L'ANTI TIF-1 serait un marqueur prédictif du cancer associé à la myosite. ANIFROLUMAB face à la DM récalcitrante.
- SCLÉRODERMIE : NINTÉDANIB, inhibiteur de TYK / TOCILIZUMAB, antagoniste IL-6R / RITUXIMAB, anti-CD20 / ABATACEPT, inhibiteur des lymphocytes T / LENABASUM, agoniste du récepteur cannabinoïde 2 / ROMILKIMAB, anti-IL-4, IL-13 / INÉBILIZUMAB, anti-CD19. La toxine botulique est également utilisée en traitement des ulcères digitaux, pour réduire la douleur et éliminer les hémorragies, en sachant qu'elle est beaucoup moins coûteuse que d'autres traitements. Ne jamais l'appliquer sur le pouce ; la dilution est de 50 U/1,25 ml de solution saline, toutes les 4 semaines, 10 U par doigt (5 de chaque côté à la base de chaque doigt), soit 40 U par main.