



NOUVEAU

METTEZ LE PSORIASIS HORS-JEU

GRÂCE À UNE ACTION RAPIDE ET DURABLE

ET SI UNE DOUBLE INHIBITION DES IL-17A ET IL-17F POUVAIT AUJOURD'HUI
APPORTER AUX PATIENTS UNE RÉPONSE RAPIDE ET DURABLE ?

BIMZELX[®] 160 mg, solution injectable en seringue pré-remplie ou stylo pré-rempli, est indiqué dans le traitement du psoriasis en plaques modéré à sévère chez l'adulte qui nécessite un traitement systémique.⁽¹⁾

Place dans la stratégie thérapeutique⁽²⁾ : BIMZELX[®] est réservé aux formes chroniques sévères de psoriasis en plaques de l'adulte, définies par :
- un échec (réponse insuffisante, contre-indication ou intolérance) à au moins deux traitements parmi les traitements systémiques non biologiques et la photothérapie
- et une forme étendue et/ou un retentissement psychosocial important.

Médicament d'exception : prescription en conformité avec la Fiche d'Information Thérapeutique.

Liste I. Médicament soumis à prescription initiale hospitalière annuelle. Prescription initiale et renouvellement réservés aux spécialistes en dermatologie ou en médecine interne. Remboursé Sécurité Sociale à 65 %. Agréé aux collectivités.

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité.



Pour une information complète sur BIMZELX[®], consultez les mentions obligatoires disponibles sur le site internet de la base de données publique des médicaments (<http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>) :

- en flashant ce QR Code
- ou directement sur le site internet (<http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/index.php?page=1&choixRecherche=medicament&txtCaracteres=BIMZELX>).

Ces informations sont également disponibles sur le site internet UCB-France.

(1) RCP Bimzelx[®]. (2) Avis de la Commission de la transparence BIMZELX[®] du 09/02/2022 - HAS. IL : Interleukines.

D-22/0195 - Juillet 2022 - VISA 22/01/6241256/PMI/004

DermaMag N°4 Vol. 10, octobre - novembre - décembre 2022 p. 197-256

Discussion de dermatologues...

Le parcours triennal 2020-2023

XIV^e JNPD – Extraits II

Intérêt de la téléexpertise

Dans la presse internationale

n° 4
volume 10
Octobre
Novembre
Décembre





AVANCER SE PROJETER SOURIRE



Inhibiteur anti-IL-23 SÉLECTIF, 100 % HUMAIN, indiqué dans le psoriasis et le rhumatisme psoriasique¹



Une **EFFICACITÉ** et une **TOLÉRANCE** confirmées dans le **PSORIASIS** jusqu'à **5 ANS**¹



Un **DOSAGE UNIQUE** et seulement **6 injections** sous-cutanées/an¹

Administration 1 fois toutes les 8 semaines en entretien. Pour les patients souffrant d'un rhumatisme psoriasique et présentant un risque élevé de lésion articulaire selon l'avis clinique, une dose de 100 mg toutes les 4 semaines peut être envisagée.



Une **EFFICACITÉ** et une **TOLÉRANCE** évaluées dans le **RHUMATISME PSORIASIQUE** jusqu'à **2 ANS**¹

PSORIASIS EN PLAQUES DE L'ADULTE¹
TREMFYA[®] est indiqué dans le traitement du psoriasis en plaques modéré à sévère chez l'adulte qui nécessite un traitement systémique. Avant de prescrire, consultez la place dans la stratégie thérapeutique sur www.has-sante.fr.
Liste I. Remb Séc Soc à 65 % selon la procédure des médicaments d'exception. Agréés collect.

RHUMATISME PSORIASIQUE DE L'ADULTE¹
TREMFYA[®], seul ou en association avec le méthotrexate (MTX), est indiqué dans le traitement du rhumatisme psoriasique actif chez les patients adultes ayant présenté une réponse inadéquate ou une intolérance à un traitement de fond anti-rhumatismal (DMARD) antérieur (voir propriétés pharmacodynamiques).
Avant de prescrire, consultez la place dans la stratégie thérapeutique sur www.has-sante.fr.
Liste I. Remb Séc Soc à 65 % selon la procédure des médicaments d'exception. Agréés collect.

Médicament d'exception : prescription en conformité avec la Fiche d'Information Thérapeutique. **PIH à 1 an** - Prescription initiale et renouvellement réservés aux spécialistes en dermatologie, en médecine interne ou en rhumatologie.



Pour une information complète, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit et l'avis de la Commission de Transparence sur la base de données publique du médicament en flashant ce QR Code ou directement sur le site internet : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

* AMM dans le psoriasis obtenue le 10 novembre 2017 et AMM dans le rhumatisme psoriasique obtenue le 20 novembre 2020. 1. Résumé des Caractéristiques Produit (RCP) TREMFYA[®].

JANSSEN-CILAG, S.A.S au capital social de 2 956 660 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le n°B562 033068, dont le siège social est au 1 rue Camille Desmoulines, TSA91003, 92787 Issy-les-Moulineaux.



Tremfya®
(guselkumab)

**AVANCER
SE PROJETER
SOURIRE**



Inhibiteur anti-IL-23 SÉLECTIF, 100 % HUMAIN, indiqué dans le psoriasis et le rhumatisme psoriasique*¹



Une **EFFICACITÉ** et une **TOLÉRANCE** confirmées dans le **PSORIASIS** jusqu'à **5 ANS**¹



Un **DOSAGE UNIQUE** et seulement **6 injections sous-cutanées/an**¹

Administration 1 fois toutes les 8 semaines en entretien. Pour les patients souffrant d'un rhumatisme psoriasique et présentant un risque élevé de lésion articulaire selon l'avis clinique, une dose de 100 mg toutes les 4 semaines peut être envisagée.



Une **EFFICACITÉ** et une **TOLÉRANCE** évaluées dans le **RHUMATISME PSORIASIQUE** jusqu'à **2 ANS**¹

PSORIASIS EN PLAQUES DE L'ADULTE¹

TREMFYA® est indiqué dans le traitement du psoriasis en plaques modéré à sévère chez l'adulte qui nécessite un traitement systémique. Avant de prescrire, consultez la place dans la stratégie thérapeutique sur www.has-santé.fr.

Liste I. Remb Séc Soc à 65 % selon la procédure des médicaments d'exception. Agréés collect.

RHUMATISME PSORIASIQUE DE L'ADULTE¹

TREMFYA®, seul ou en association avec le méthotrexate (MTX), est indiqué dans le traitement du rhumatisme psoriasique actif chez les patients adultes ayant présenté une réponse inadéquate ou une intolérance à un traitement de fond anti-rhumatismal (DMARD) antérieur (voir propriétés pharmacodynamiques). Avant de prescrire, consultez la place dans la stratégie thérapeutique sur www.has-santé.fr.

Liste I. Remb Séc Soc à 65 % selon la procédure des médicaments d'exception. Agréés collect.

Médicament d'exception: prescription en conformité avec la Fiche d'Information Thérapeutique. PIH à 1 an - Prescription initiale et renouvellement réservés aux spécialistes en dermatologie, en médecine interne ou en rhumatologie.



Pour une information complète, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit et l'avis de la Commission de Transparence sur la base de données publique du médicament en flashant ce QR Code ou directement sur le site internet : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

* AMM dans le psoriasis obtenue le 10 novembre 2017 et AMM dans le rhumatisme psoriasique obtenue le 20 novembre 2020. 1. Résumé des Caractéristiques Produit (RCP) TREMFYA®.

JANSSEN-CILAG, S.A.S au capital social de 2 956 660 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le n°B562 033068, dont le siège social est au 1 rue Camille Desmoulin, TSA91003, 92787 Issy-les-Moulineaux.

janssen Immunology
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF JANSSEN-CILAG



La librairie médicale & scientifique

de John Libbey Eurotext

Nouvelle librairie en ligne



librairiemedicale.com

Livres



Ebooks



Chapitres à l'unité



Livraison à 0.01 € selon destination



Plus de 800 ouvrages



Expédition sous 24h



Livraison adaptée domicile / travail / retrait



Paiement sécurisé CB / Virement / chèque, ...



Service client à votre écoute



John Libbey Eurotext

Arnette | doin | Pradel

La librairie médicale & scientifique

Éditions John Libbey Eurotext

30 rue Berthollet - Bât. A - 94110 Arcueil, France

Tel. +33 (0)1 46 73 06 60 • contact@jle.com

RCS Créteil 328 195 904 • APE : 5814Z • SIRET : 328 195 904 00045

DermatoMag

La revue de la Fédération Française de Formation Continue et d'Évaluation en Dermatologie Vénérologie



Discussion de dermatologues...

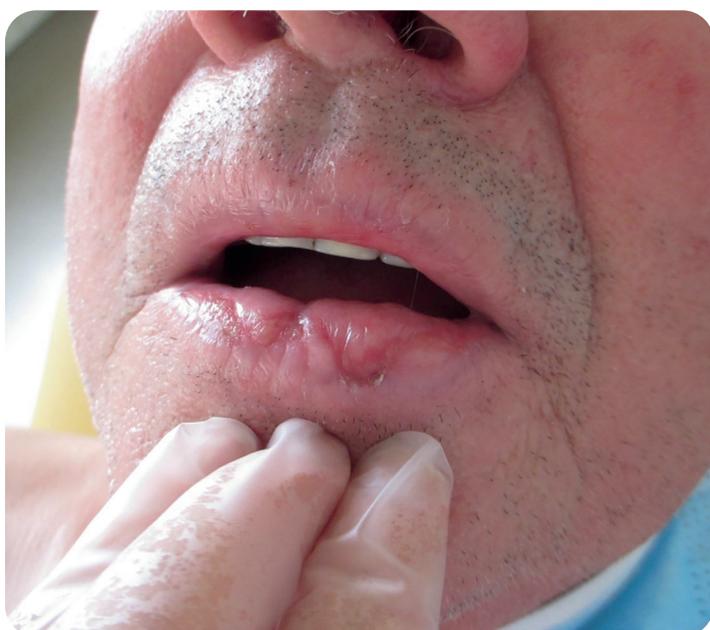
Le parcours triennal 2020-2023

XIV^e JNPD – Extraits II

Intérêt de la téléexpertise

Dans la presse internationale

2022 n° 4
volume 10
Avril
Mai
Juin



DermatoMag

La revue de la Fédération Française de Formation Continue et d'Évaluation en Dermatologie Vénérologie



Offre* Spéciale Congrès

Journées dermatologiques de Paris.

Du 29 novembre au 3 décembre 2022, Paris

20%

DE REMISE

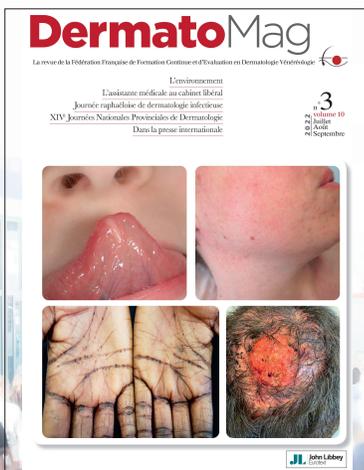
Code promo : CONGJDP22

Profitez de l'offre pour vous abonner !

4 numéros par an

8 années d'archives en ligne

1 site internet et 1 application Kiosque John Libbey



LA REVUE INDISPENSABLE À VOTRE PRATIQUE

- Des offres papier et digitales, selon l'option choisie
- Bénéficiez de 20% de réduction sur l'abonnement* avec le Code promo : CONGJDP22

JE M'ABONNE

Connectez-vous avec le lien url ou scannez le QR Code



<https://www.dermatomag.com>



ACCÉDEZ À VOTRE REVUE À TOUT MOMENT, OÙ QUE VOUS SOYEZ

Le site www.jle.com et l'application Kiosque John Libbey

John Libbey Eurotext

SUIVEZ-NOUS



*Offre valable, du 29 novembre 2022 au 31 mai 2023 uniquement sur les tarifs particuliers et institutionnels disponibles sur le site www.jle.com

PSORIASIS EN PLAQUES

Taltz® est indiqué dans le traitement du psoriasis en plaques modéré à sévère chez l'adulte qui nécessite un traitement systémique. (1)

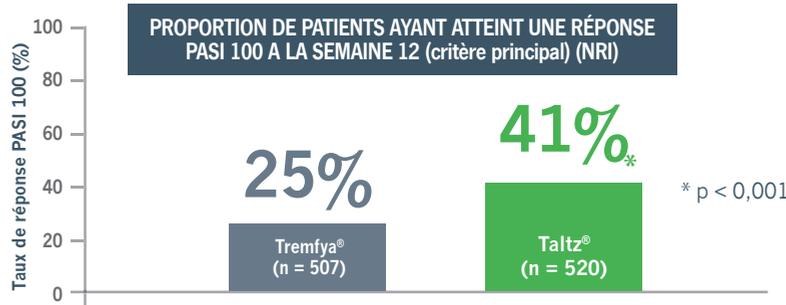
Place dans la stratégie thérapeutique :

Taltz® est à réserver au traitement du psoriasis en plaques de l'adulte, chez les patients ayant un psoriasis en plaques chronique sévère, défini par :
 – un échec (réponse insuffisante, contre-indication ou intolérance) à au moins deux traitements parmi les traitements systémiques non biologiques et la photothérapie
 – et une forme étendue et/ou un retentissement psychosocial important. (2)

NOUVELLE PUBLICATION : ÉTUDE IXORA-R

ÉTUDE COMPARATIVE D'IXEKIZUMAB VERSUS GUSELKUMAB CHEZ DES PATIENTS ATTEINTS D'UN PSORIASIS EN PLAQUES MODÉRÉ À SÉVÈRE : ÉTUDE RANDOMISÉE, EN DOUBLE-AVEUGLE, ÉVALUANT L'EFFICACITÉ, LA TOLÉRANCE ET LA RAPIDITÉ D'ACTION À LA SEMAINE 12.

Supériorité démontrée de Taltz® vs Tremfya® sur le PASI 100 à la semaine 12 (critère principal) (NRI)



MÉTHODOLOGIE (3)

IXORA-R est une étude de phase IV, Head-to-Head, multicentrique, randomisée, en double-aveugle, en groupes parallèles, d'une durée de 24 semaines comparant l'efficacité, la tolérance et la rapidité d'action entre un anti-IL-17A (Taltz®, ixekizumab) et un anti-IL-23/p19 (Tremfya®, guselkumab) chez des 1027 patients atteints d'un psoriasis en plaques modéré à sévère ayant eu un échec, une contre-indication ou une intolérance à au moins un traitement systémique (incluant ciclosporine, méthotrexate ou photothérapie) apparu depuis au moins 6 mois avec un pourcentage de la surface corporelle atteinte $\geq 10\%$, un score sPGA ≥ 3 , un PASI ≥ 12 et candidats à la photothérapie et/ou à un traitement systémique. Les résultats du critère principal présentés sont à 12 semaines.

TOLÉRANCE À LA SEMAINE 24 (4)

Effets indésirables (EI), n (%)	Tremfya® (n = 506)	Taltz® (n = 519)	Effets indésirables (EI), n (%)	Tremfya® (n = 506)	Taltz® (n = 519)
EI	286 (57)	323 (62)	EI d'intérêt particulier (suite)		
• Légers	166 (33)	181 (35)	– Opportunistes	1 (0,2)	5 (1)
• Modérés	99 (20)	124 (24)	> Candidoses mucocutanées	0	3 (0,6)
• Sévères ^a	21 (4)	18 (3)	> Herpès zoster	1 (0,2)	2 (0,4)
EI ayant entraîné un arrêt de traitement	8 (2)	15 (3)	> Tuberculose réactivée	0	0
EI graves	16 (3)	18 (3)	• Dépression	7 (1)	5 (1)
Décès	0	0	• Cancers	3 (0,6)	4 (0,8)
EI fréquents ($\geq 3\%$)			• Réactions allergiques	13 (3)	19 (4)
• Infection des voies respiratoires supérieures	41 (8)	40 (8)	– Anaphylaxie potentielle ^e	1 (0,2)	0
• Rhinopharyngites	27 (5)	34 (7)	• Réactions au site d'injection ^d	19 (4)	67 (13)
• Réactions au site d'injection ^b	6 (1)	49 (9)	– Sévères ^a	0	0
• Céphalées	15 (3)	22 (4)	• MACE ^e	2 (0,4)	4 (0,8)
• Diarrhées	17 (3)	16 (3)	• Évènements cérébrocardiovasculaires ^e	4 (0,8)	7 (1)
EI d'intérêt particulier			• Maladie inflammatoire chronique de l'intestin ^e	0	1 (0,2)
• Neutropénies	2 (0,4)	2 (0,4)	– Maladie de Crohn ^e	0	1 (0,2)
• Infections	143 (28)	162 (31)	– Rectocolite hémorragique ^f	0	0
– Sévères	2 (0,4)	2 (0,4)	• Évènements hépatiques ^g	8 (2)	7 (1)

a. Les patients présentant plusieurs occurrences d'un même événement sont comptés dans la catégorie de sévérité la plus élevée. b. Les chiffres indiqués ici incluent seulement les EI avec le terme MedDRA de faible niveau « réactions au site d'injection ». c. L'anaphylaxie potentielle était liée à l'utilisation de l'amoxicilline. d. Les chiffres indiqués ici concernent le terme MedDRA de haut niveau « réactions au site d'injection », qui comprend plusieurs termes MedDRA de niveau inférieur, notamment, mais pas exclusivement, la réaction au site d'injection, la douleur au site d'injection, l'érythème au site d'injection, le gonflement au site d'injection, le prurit au site d'injection, l'inconfort au site d'injection, l'œdème au site d'injection et la chaleur au site d'injection. e. Adjudiqué positivement par un comité indépendant. f. Un cas de rectocolite hémorragique a été signalé pendant la période de suivi d'un patient qui avait reçu de l'ixekizumab. g. Patients présentant au moins un événement indésirable hépatique lié au traitement.

PROFIL DE SÉCURITÉ DE TALTZ® (1)

Les effets indésirables (EI) rapportés de manière très fréquente ($\geq 1/10$) ont été des réactions au site d'injection (15,5 %) et des infections des voies respiratoires supérieures (16,4 %) (le plus souvent, rhinopharyngite).

Les effets indésirables rapportés de manière fréquente ($\geq 1/100$ à $< 1/10$) ont été les infections fongiques à dermatophytes, l'herpès simplex (mucocutané), les douleurs oro-pharyngées, et les nausées.

Pour plus d'information sur les effets indésirables peu fréquents ou rares, consulter le RCP

Pour une information complète sur le produit, vous pouvez consulter la base de données publique des médicaments (<http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>) ou la section « Médicaments et DM » sur le site internet du laboratoire lilly (www.lilly.fr).

Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament à votre Centre régional de pharmacovigilance (CRPV) ou sur www.signalement-sante.gouv.fr

TALTZ® est un médicament d'exception (Article R. 163-2 2^{ème} alinéa du code de la sécurité Sociale) et sa prescription doit se faire dans le respect de la Fiche d'Information Thérapeutique (FIT).

CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DÉLIVRANCE : Liste I. Médicament soumis à prescription initiale hospitalière annuelle. Prescription initiale et renouvellement réservés aux spécialistes en dermatologie, en médecine interne, en rhumatologie ou en pédiatrie. Dans le traitement du psoriasis en plaques chez l'adulte, Taltz® est remboursé par la Sécurité Sociale à 65 % selon la procédure des médicaments d'exception (prescription en conformité avec la FIT) et agréé aux collectivités.

MACE : Major Adverse Cardiac Events; **MedDRA :** Medical Dictionary for Regulatory Activities; **NRI :** Non-Responder Imputation; **PASI :** Psoriasis Area Severity Index; **sPGA :** static Physician's Global Assessment 1. Résumé des caractéristiques du produit Taltz®. 2. Taltz® : Avis de la Commission de la Transparence du 5 octobre 2016. 3. Blauvelt A, et al. A head-to-head comparison of ixekizumab versus guselkumab in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis: 12-week efficacy, safety, and speed of response from a randomized, double-blinded trial. 2019. doi: 10.1111/BJD.18851. 4. Blauvelt A, Leonardi C, Elewski B, et al. A Head-to-Head Comparison of Ixekizumab Versus Guselkumab in Patients with Moderate-to-Severe Plaque Psoriasis: 24-Week Efficacy and Safety Results from a Randomised, Double-Blinded Trial. Br J Dermatol 2020. doi: 10.1111/bjd.19509.



La Fédération Française de Formation Continue et d'Évaluation en Dermatologie Vénéréologie (FFFCEDV)

La Fédération Française de Formation Continue et d'Évaluation en Dermatologie Vénéréologie (FFFCEDV) est une association soumise à la loi de 1901. N° SIREN : 421 435 389, agréée auprès du CNFMC pour la Formation Médicale Continue sous le N° 100 054, Siège : Maison de la Dermatologie, 10 Cité Maiesherbes, 75009 Paris

Présidente : Nicole Jouan
nicole.jouan@wanadoo.fr

Rédacteurs en chef :

Dr Philippe Beaulieu (*Pontoise*)
phbeauli@orange.fr
Dr Christian Derancourt (*Tallard*)
dr.c.derancourt@gmail.com

Comité éditorial :

Dr Danielle Bouilly-Auvray (*Dijon*)
Dr Jean-Paul Claudel (*Tours*)
Dr Florence Corgibet (*Dijon*)
Pr Olivier Dereure (*Montpellier*)
Dr Elisabeth Guinard (*Cahors, Toulouse*)
Dr Michel Le Maître (*Caen*)
Dr Rémi Maghia (*Brest*)
Dr Daniel Plantier (*Roubaix*)
Dr Sixtine de Raucourt (*Caen*)
Dr Jean-François Sei (*Saint-Germain-en-Laye*)
Pr Jean-Luc Schmutz (*Nancy*)

Comité scientifique :

Dr Pascale Huet (*Montferrier-sur-Lez*)
Dr Ève Pépin (*Meulan*)
Dr Alexiane Dallot (*Le Kremlin-Bicêtre*)
Dr E. Goujon (*Chalon-sur-Saône*)
Dr Jean-Yves Gourhant (*Nemours*)
Pr Pierre Vabres (*Dijon*)

Dépôt légal : à parution, 4 numéros par an.

Tarifs France :

Particuliers : 84 euros - Institutions : 135 euros.
Voir conditions et tarifs complets sur la page d'abonnement insérée dans ce numéro

Prix au numéro : 34 euros.

Devis institutions : institutions@jle.com

Dermato Mag est un journal indépendant avec comité de lecture et sa diffusion est liée aux abonnements. Revue adhérente au SPEPS (Syndicat de la presse et de l'édition des professions de santé).

ISSN : 2271-8273. **ISSN (en ligne) :** 2272-057X.

Commission paritaire : 0326 T 92203



Directeur de la publication :

Gilles Cahn
Éditeur : John Libbey Eurotext Limited
30, rue Berthollet, Bât. A,
94110 Arcueil, France
Tél. : 01 46 73 06 60
contact@jle.com

Secrétaire général de la rédaction :

Laurent Macaire
Tél. : +33 (0)7 63 59 03 95
laurent.macaire@jle.com

Secrétaire : Valérie Toulgoat
Tél. : +33 (0)7 63 58 96 26
valerie.toulgoat@jle.com

Marketing : Bérengère Brun
berengere.brun@jle.com

Département partenariats et publicités

Partenariats : Noëlle Croisat
Tél. : +33 (0)7 63 59 03 68
noelle.croisat@jle.com

Publicités : David Laifer
Tél. : +33 (0)7 63 59 03 94
david.laifer@jle.com

Impression : Corlet, S.A. N° 187254
Z.I. route de Vire - 14110 Condé-sur-Noireau, France

Préresse : Cairn.info

Couverture : Cairn.info

Photos de couverture : Florence Corgibet, Henry Pawin, René Furterer, Arnaud Lesueur

Abonnements : ABOSIRIS
Service abonnements John Libbey
BP 53
91540 MENNECY - FRANCE
Tél. : +33 (0)1 84 18 10 50
[<abonnements@jle.com>](mailto:abonnements@jle.com)

Copyright© «Dermato Mag». Tous droits de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.



PEFC™ 10-31-1510 / Certifié PEFC



Papier certifié PEFC (fibres issues de forêts gérées durablement)
Origine du papier : Allemagne. Taux de fibres recyclées : 0 %
Eutrophisation : 0,01 kg/T.

Annonces. Surcouverture : Janssen Cilag. Deuxième de couverture : Lilly France. Troisième de couverture : Bulletin d'abonnement ; Quatrième de couverture : JLE. p. 199 : Moulin Royal ; p. 200 : Sanofi ; p. 203 : Annonce 36e congrès de la FFFCEDV ; p. 204 : Moulin Royal ; p. 223, 224 : JLE.

ÉDITORIAL

- 201 Discussion de dermatologues...
Philippe Beaulieu

EN DIRECT

- 205 « Secure » ou « ségur » ?
Nicole Jouan

CNP-DV

- 206 Des nouvelles du parcours triennal
2020-2023
Florence Corgibet

COMPTE RENDU DE RÉUNION SCIENTIFIQUE

- 209 XIV^e Journées Nationales Provinciales de
Dermatologie (Rennes, 30 juin au 2 juillet
2022)
– Extraits II :
*Marie-Hélène Jégou-Penouil, Florence Corgibet,
Pascale Huet, Nicole Cochelin, Cécile Chabbert,
Joséfina Marco Bonnet, Philippe Beaulieu*

E-DERMATOLOGIE

- 219 Intérêt de la téléexpertise, un nouveau
réseau de soins, pour la prise en charge
en dermatologie. Le rôle du dermatologue
Henry Pawin

LE POINT SUR...

- 225 NEOPUR, le nouveau rituel antipelliculaire
équilibrant adapté à la nature des pellicules
et du cuir chevelu
Rémi Maghia

LE CLIN D'ŒIL HISTORIQUE

- 233 Une histoire en or...
Marie-Sylvie Doutré

CAS CLINIQUES

- 235 Lupus subaigu et sclérose combinée de la
moelle induits par le protoxyde d'azote
Arnaud Lesueur

TROISIÈME ŒIL

- 237 Dermatoscopie : une lésion pigmentée
Elisabeth Lorier Roy

REVUE DE PRESSE

- 239 Dans la presse internationale
Christian Derancourt

REPÉRÉ POUR VOUS DANS L'EJD

- 243 Dans EJD 2022 n°3
Michel Le Maître

NEWS DE L'INDUSTRIE

- 245 – TAVIE Pso. À deux ans de son lancement,
le 1^{er} coach de poche pour les personnes
atteintes de psoriasis lance un nouveau
module dans le rhumatisme psoriasique
– Designing the future of Dermatology
and Venereology

LE MAG CULTUREL

- English corner
250 Keep your English up to scratch!...
*Philip Bastable, Didier Carnet,
Jean-Pierre Charpy*

- L'art dans la peau
252 PPP ou « Panser une Plaie Papale »
Rémi Maghia

- Recette
254 Moutarde, cassis et pain d'épices...
Danielle Bouilly

- Talents en dermatologie
256 Renée Vivien : L'icône
Marc Reverte

NEOSTRATA®

LA SCIENCE D'UNE PEAU PLUS BELLE



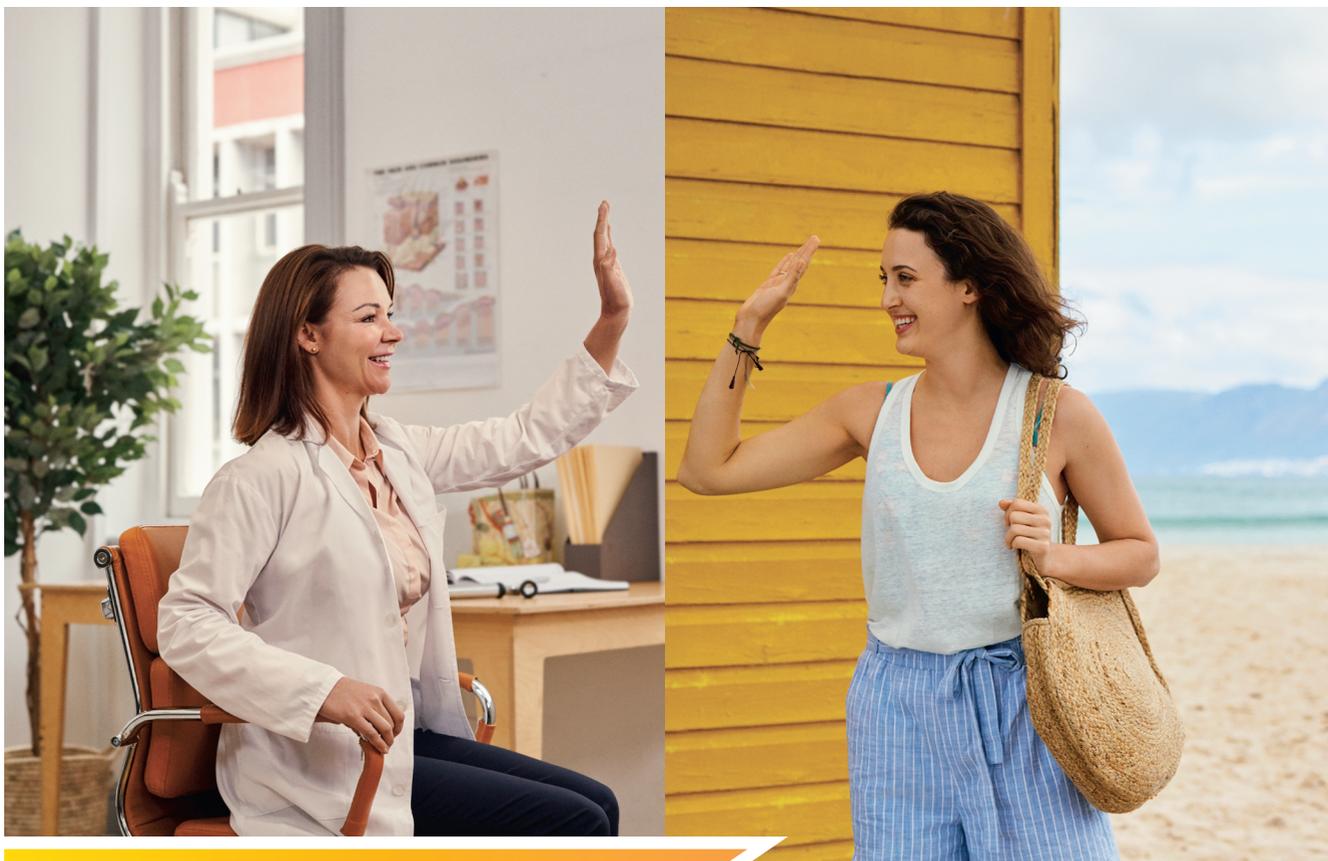
DÉCOUVREZ NOS PEELINGS

- À L'ACIDE GLYCOLIQUE
DE 20 À 70% DE CONCENTRATION
- AU RÉTINOL
NE NÉCESSITE PAS DE NEUTRALISATION



LABORATOIRES MOULIN ROYAL COSMETICS

19, av. de Cambridge, 14200 Hérouville St-Clair • contact@moulinroyal.com • 02.31.44.46.51



OBJECTIFS PARTAGÉS

Pour vos patients adultes et adolescents (12-17 ans),
1^{RE} BIOTHÉRAPIE disponible
dans le traitement de la
DERMATITE ATOPIQUE MODÉRÉE à SÉVÈRE

BIEN-ÊTRE RETROUVÉ

Pour les enfants (6-11 ans),
1^{RE} BIOTHÉRAPIE disponible
dans le traitement de la
DERMATITE ATOPIQUE SÉVÈRE

**DUPIXENT[®] est indiqué dans le traitement de la dermatite atopique modérée à sévère de l'adulte et de l'adolescent âgé de 12 ans et plus qui nécessitent un traitement systémique ⁽¹⁾.
DUPIXENT[®] est indiqué dans le traitement de la dermatite atopique sévère de l'enfant âgé de 6 à 11 ans qui nécessite un traitement systémique ⁽¹⁾.**

Chez l'adulte : DUPIXENT[®] est un traitement de seconde intention en cas d'échec, d'intolérance ou de contre-indication à la ciclosporine ⁽²⁾.

Chez l'adolescent (12-17 ans) : DUPIXENT[®] est un traitement de deuxième intention dans les formes modérées à sévères de dermatite atopique de l'adolescent en échec des traitements topiques ⁽³⁾.

Chez l'enfant (6-11 ans) : DUPIXENT[®] est un traitement de deuxième intention à réserver aux formes sévères de dermatite atopique en échec d'un traitement topique dermocorticoïde ⁽⁴⁾.

Pour une information complète, se reporter au Résumé des Caractéristiques du Produit DUPIXENT[®] disponible sur la base de données publique des médicaments : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr> ou en flashant le QR code :



DUPIXENT[®] est un médicament d'exception, respecter la Fiche d'Information Thérapeutique.

Liste I. Médicament soumis à prescription initiale hospitalière annuelle. Prescription initiale et renouvellement réservés aux spécialistes en dermatologie, en pneumologie, en médecine interne, en pédiatrie, en oto-rhino-laryngologie ou en allergologie. Les médecins ORL sont habilités à prescrire uniquement le dosage 300 mg. Prescription par les allergologues non remboursée à la date du 21/12/2021 (en attente de la publication au JO). Chez l'adulte et l'adolescent : remboursement par la Sécurité Sociale à 65%. Agréé aux collectivités. Chez l'enfant (6-11 ans) :

- Seringue préremplie : remboursé par la Sécurité Sociale à 65%. Agréé aux collectivités.
- Stylo prérempli : non remboursable et non agréé aux collectivités.

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté. Voir rubrique « Effets indésirables » pour les modalités de déclaration des effets indésirables.

1. Résumé des Caractéristiques du Produit DUPIXENT[®].
2. HAS. Avis de la commission de la transparence de DUPIXENT[®] du 11 juillet 2018.
3. HAS. Avis de la commission de la transparence de DUPIXENT[®] du 11 mars 2020.
4. HAS. Avis de la commission de la transparence de DUPIXENT[®] du 21 avril 2021.

Discussion de dermatologues...

Philippe Beaulieu



Depuis plusieurs mois, lors de réunions professionnelles médicales et évidemment dermatologiques, après les congratulations d'usage, le premier sujet des discussions confraternelles est celui de l'accès aux soins, des délais de rendez-vous et des agendas surchargés, chacun expliquant sa situation. On ressent que tous les professionnels de santé sont pris « en otage » entre cette demande de soins et leur capacité à y répondre avec un sentiment de culpabilité majeur de ne pas exercer correctement leur métier

dans la mesure où ils ne peuvent pas prendre en charge tous les patients.

Pour ceux qui ont un service de rendez-vous par Internet, allez sur votre compte, vous pourrez découvrir le nombre de connexions réalisées par vos patients par mois, le nombre de nouveaux patients... Vous serez étonné car le flux sur votre plateforme est bien au-delà de votre perception...

Ainsi cette situation représente véritablement un casse-tête quotidien pour gérer les consultations, redonner des rendez-vous de suivi...

Dans ce contexte de crise démographique, il est peut-être utile de s'aider d'outils qui sont mis à notre disposition pour augmenter notre « efficacité », mais surtout pour notre confort de praticien.

Ainsi, un des sujets sensibles est celui des rendez-vous non honorés non excusés.

Récemment, l'URPS d'Île-de-France a mené une étude auprès des médecins libéraux franciliens. Deux mille praticiens ont répondu, constatant une augmentation de ce phénomène avec une moyenne de deux rendez-vous non honorés par jour pouvant aller jusqu'à cinq par jour. C'est une tendance haussière et essentiellement constatée chez les nouveaux patients. Bien évidemment, ceci impacte notre organisation et nous agace d'autant plus que parallèlement nous aurions pu répondre favorablement à des demandes urgentes... sans aborder le manque de courtoisie. L'URPS d'Île-de-France a évalué que, rapportés au niveau national, les rendez-vous non honorés représenteraient 27 millions de consultations en année pleine, soit l'équivalent d'une activité de 4000 médecins à temps plein... Par conséquent pour lutter contre ces rendez-vous, des pistes sont proposées comme un rappel de SMS 24 heures en amont avec simplicité d'annulation, impossibilité de prendre deux rendez-vous simultanés dans la même spécialité sans avoir au préalable annulé sa première réservation et probablement le développement d'une option de prépaiement, avec la possibilité d'encaisser tout ou une partie du prix de la consultation non honorée.

Si la téléconsultation est un outil indéniable pour répondre à des suivis ou gérer des urgences, d'autres outils connectés peuvent être exploités par exemple concernant la téléexpertise. Il existe des expériences intéressantes comme Avisdoc™ que je vous invite à découvrir dans ce numéro.

Par ailleurs, notre manque de temps limite notre disponibilité auprès des patients. Beaucoup d'informations sont données pendant la consultation mais les patients ont souvent après celle-ci un sentiment de solitude ou des questions restées en suspens. Il existe des applications qui peuvent nous rendre ces services en donnant une information de qualité supplémentaire comme dans le psoriasis avec l'application TAVIE-Pso™. Cette application, sous l'égide de l'association France Psoriasis, donne des informations validées et apporte un coaching empathique auprès des patients, découvrez-la dans ce numéro.

Les outils informatiques sont notre quotidien, utilisons-les pour nos patients... pour faciliter notre exercice pour ne pas être confrontés au burn-out. Rappelons-nous l'étude menée par la FFFCEDV en 2022 sur l'épuisement professionnel des dermatologues. Près de 50 % des dermatologues ont déclaré présenter des signes d'épuisement professionnel léger (29 %), modéré (16 %) ou sévère (3 %). Ces chiffres sur le burn-out corroborent ceux des médecins généralistes [2]...

Toute l'équipe éditoriale vous souhaite de bonnes fêtes de fin d'année. 

Liens d'intérêts : Interventions ponctuelles pour France psoriasis.

Références :

1- URPS Médecins libéraux Île-de-France. Les propositions des médecins libéraux d'Île-de-France face à l'augmentation du nombre de rendez-vous non honorés. Publié le : 22 juillet 2022. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.urps-med-idf.org/rendez-vous-non-honores-en-medecine-de-ville/>

2- Dutheil F, Parreira LM, Eismann J, *et al.* Burnout in French General Practitioners: A Nationwide Prospective Study. *Int J Environ Res Public Health* 2021 ; 18 (22) : 12044.

36^{ème} CONGRÈS de la FFFCEDV

Fédération Française de Formation Continue
et d'Évaluation en Dermatologie - Vénérologie

29 MARS MASTER CLASS

30-31
MARS
2023

DIJON
Palais des Congrès



www.congres-ffcedv.com

LA FÉDÉ SE MET AU VERT... EN BOURGOGNE

Crédit photo : AdobeStock®

ORGANISATEURS



Exposition commerciale et partenaires
Logistique
Inscriptions et appels à communication
Conférenciers et programme scientifique

claire.bernard@mcocongres.com
aurore.davy@mcocongres.com
audrey.martin@mcocongres.com
claire.bellone@mcocongres.com

NEUTRADERM

LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

SYMPOSIUM

«LA MER, SOURCE D'INNOVATION POUR LA PEAU» : le complexe Active Oligo Skin



**LE VENDREDI 2 DÉCEMBRE 2022 DE 12H30 À 13H30
AUX JOURNÉES DERMATOLOGIQUES DE PARIS
Palais des Congrès - Porte Maillot**



INTERVENANTS



NEUTRADERM
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Sylvie CHOPIN
Directrice Innovation
& Développement

Introduction




MOULIN ROYAL
COSMETICS

Dr Michel LE MAITRE
Dermatologue, Moulin
Royal Cosmetics

*Un nouvel actif dermo-
cosmétique pour les peaux
à tendance atopique
Le complexe Active Oligo Skin*




CHU
BREST
CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE

Pr Laurent MISERY
Dermatologie, Laboratoire
LIEN, CHU de BREST

*Efficacité du complexe
Active Oligo Skin
sur des modèles
d'inflammation cutanée
in vitro et ex vivo*




cbsa

Pr Marc FEUILLOLEY
Laboratoire CBSA,
Université de Rouen

*Impact du complexe
Active Oligo Skin
sur le microbiote
cutané*



PLATEAU REPAS
distribué aux participants

**ENTRÉE LIBRE POUR LES PARTICIPANTS AUX
JOURNÉES DERMATOLOGIQUES DE PARIS.**

Plus d'informations : Johan GARDERES - jgarderes@labogilbert.fr

Le mot de la présidente de la FFFCEDV

« Secure » ou « ségur » ?

Nicole Jouan



Notre vie professionnelle est faite de hauts et de bas : hauts dans un sourire d'enfant, dans la confiance sans cesse renouvelée des patients, dans la reconnaissance de certains, dans la joie d'un « beau » diagnostic... dans la relation à toutes ces personnes que l'on rassure et que l'on soigne, que l'on accompagne dans la maladie, à qui l'on change la vie en traitant leur dermatose chronique. Hauts dans nos rencontres de FMC locale où se tissent les amitiés, dans l'ambiance chaleureuse du partage d'expérience. Hauts

dans nos événements nationaux, comme le récent Séminaire Interactif de Dermoscopie¹ ou le Congrès de Dijon qui approche²...

C'est tout cet ensemble qui nous nourrit et nous fait nous sentir... « secure ».

À côté, il y a les bas : les tensions autour des délais de rendez-vous, de la charge administrative, de l'informatique et des mises à jour du Ségur³...

Alors, secure ou ségur⁴ ? Le but de la fédé depuis 1985 est de vous accompagner à travers l'ensemble des composantes de votre vie professionnelle, d'animer notre belle communauté par des temps forts qui la rythment et de valoriser l'expérience libérale.

Toute l'équipe est à votre disposition et votre écoute, vous le savez..

Amicalement à tous et toutes.



¹ Il est toujours possible de vous inscrire pour bénéficier du replay : faites un mail à Joana fffcedv2@gmail.com

² À vos claviers pour soumettre vos cas cliniques, travaux de groupe et posters !

³ Une mise au point figure dans ce numéro.

⁴ Ce jeu de mots m'a été soufflé par Yves qui se reconnaîtra.

Des nouvelles du parcours triennal 2020-2022

Florence Corgibet

*Présidente du Conseil National Professionnel
de Dermatologie Vénérologie (CNP/DV)
fcorgibet001@cegetel.rss.fr*



Il va falloir valider notre Parcours Triennal 2020-2022 de Formation dit de DPC avant la fin de l'année 2022 !

Rappelons que la Formation Médicale Continue a connu depuis vingt ans de nombreux aménagements qui vont à terme se concrétiser par la Certification Périodique. Celle-ci est en cours de mise en place, va démarrer en 2023, concernera tous les professionnels en exercice (retraités en activité et remplaçants compris) et devra être validée tous les six ans à partir de la première année d'inscription au Conseil de l'Ordre pour les nouveaux inscrits en 2023, seulement dans neuf ans pour les autres.

Mais en attendant, il nous faut nous mettre en conformité pour les trois années 2020-2022 qui viennent de s'écouler et à cet effet valider notre parcours triennal. Il existe pour cela trois modalités :

- soit se rapprocher de l'AN-DPC qui validera les différentes actions DPC réalisées pendant ces trois années ;
- **soit se reporter au Parcours élaboré par notre CNP-DV, Conseil National Professionnel de Dermatologie. Celui-ci en effet s'est attaché à élaborer un référentiel de parcours proche des formations que tout un chacun réalise et pertinent pour notre exercice ;**
- une troisième voie étant celle de l'accréditation, cette voie est celle que prennent les spécialités à risque comme la chirurgie, elle ne nous concerne pas.

Il existe pour la deuxième option que je vous engage à choisir une méthode simple pour déclarer et valider notre parcours. Une bonne partie d'entre vous s'est déjà inscrite sur la plateforme parcourspro.online et ils peuvent donc d'ores et déjà cocher les cases correspondant à ce qu'ils ont réalisé.

Pour les autres, il est encore tout à fait temps :

- Aller sur l'adresse : https://parcourspro.online/cnp_fsm.jsp
- Renseigner son adresse mail et indiquer CNP-DV
- Cocher les cases n° 1 et 3 :
 - 1) J'ai ouvert un compte sur l'agence nationale du DPC.
 - 2) J'ai initié une démarche d'accréditation avec la HAS.
 - 3) Je souhaite suivre le parcours DPC proposé par mon CNP.
- Vous recevrez ensuite un mail de réponse (vérifier les indésirables), pour créer votre compte avec mot de passe (Intitulé : FSM/formitel).

Une fois le compte créé, **vous allez dans l'onglet « Mon profil », puis « modifier, compléter mes données personnelles »**. Vous vérifiez que les coordonnées soient les bonnes et vous validez.

Puis vous allez dans « Mon Parcours », puis « consulter et compléter mon parcours ».

Vous cliquez sur l'**icône « saisir un nouvel élément »**, vous êtes dirigé vers la page où vous pouvez enregistrer les actions que vous avez effectuées et que le CNP-DV a répertoriées de deux façons :

- 1) Le champ « recherche d'une action » qui permet en tapant les premières lettres de l'action recherchée de la sélectionner. Par exemple : Taper « for » pour formation.
- 2) Le champ « Action » qui propose un menu déroulant reprenant la liste des actions figurant dans le parcours proposé par le CNP.

Vous pouvez (ou non, ce n'est pas obligatoire) **télécharger la preuve de l'action enregistrée** (attestation de présence d'un congrès, d'un DPC, etc.). L'intérêt de la télécharger est que, en cas de vérification, elle n'est plus à rechercher et vous vous constituez votre portfolio, **mais il est plus simple de n'enregistrer que les actions dont on est sûr, et de rassembler les attestations de participation plus tard.**

Votre carnet d'actions se remplit progressivement. Pour vous guider dans vos choix, vous pouvez vous reporter au listing des actions répertoriées comme validantes par le CNP-DV dans l'onglet « **Les documents** ». Il est d'ailleurs **conseillé de bien relire ce listing avant de commencer de façon à répertorier tranquillement ce que vous pourrez cocher le moment venu**. Ainsi l'action Analyse des Pratiques peut sembler difficile à valider, mais à côté des DPC, il existe d'autres moyens : présentation régulière de dossiers aux RCP, participation à des études cliniques (SFD, Fédé), publications, communications, congrès, responsabilité collective, maîtrise de stage...

Au fur et à mesure du chargement de vos actions, vous découvrez que vous complétez votre parcours tel qu'il a été défini par le CNP-DV. Il faut pour cela cocher : **6 actions de formations** (réalisées sur les trois dernières années) et **1 action d'Analyse de Pratiques**. À chaque fois une phrase s'affiche expliquant le nombre et la catégorie de la ou des action(s) manquante(s).

Une fois ces sept actions inscrites dans votre parcours, celui-ci est complet. Une phrase s'affiche :

Les actions incluses dans votre parcours permettent dès maintenant de le valider.

Vous devez demander la validation de votre parcours en cochant « **demandeur la validation de mon parcours** ».

Au préalable, il est invité à certifier sur l'honneur que les informations saisies pour la validation de votre parcours sont correctes. En effet, **ces informations sont déclaratives et seules des vérifications aléatoires seront effectuées.**

Attention : il peut vous être encore demandé à ce stade de « modifier, compléter mes données personnelles ». Vous devez alors les valider.

Le médecin a encore à ce moment-là la possibilité de revenir sur son parcours avant de demander la validation de celui-ci en cliquant sur « **revenir vérifier le parcours** ». Mais une fois la demande de validation confirmée, il n'est plus possible de modifier les actions saisies.

Le CNP-DV vérifie que le parcours corresponde bien au référentiel établi et adresse **une attestation de conformité que vous devrez envoyer à votre tour au Conseil de l'Ordre.** Il peut se passer quelques jours avant de la recevoir car c'est le CNP-DV qui fait une veille et valide...

Vous trouverez dans les compléments à cet article sur notre site : www.dermatomag.com un pas-à-pas définissant les modalités de remplissage de ce parcours, ainsi que le listing des actions validantes.

Plus nous serons nombreux à valider notre Parcours Triennal de cette façon, plus nous montrerons que la formation et la validation doivent être gérées par la profession et répondent à des objectifs pertinents et nécessaires. C'est finalement l'avenir de la Certification Périodique qui peut en dépendre.

Merci de votre attention à ce courrier qui peut sembler complexe. Nous avons fait notre possible au CNP-DV pour vous faciliter la tâche et que vous puissiez valider simplement cette obligation. Si tout est bien préparé à l'avance (actions répertoriées grâce au listing), cette manœuvre ne demande que peu de temps.

Bonne validation !



Liens d'intérêts : l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

Retrouvez un pas-à-pas définissant les modalités de remplissage de ce parcours, ainsi que le listing des actions validantes, dans les compléments de cet article sur notre site : www.dermatomag.com

Ou en scannant directement ce QR-Code :



XIV^e Journées Nationales Provinciales de Dermatologie, Rennes, 30-2 juillet 2022 – Extraits II

Marie-Hélène Jégou-Penouil, Florence Corgibet, Pascale Huet, Nicole Cochelin, Cécile Chabbert, Joséfina Marco Bonnet, Philippe Beaulieu

phbeauli@orange.fr

Nous remercions encore tous les reporters du congrès de Rennes dont vous trouverez dans cet article ci-dessous quelques extraits passionnants.

La rédaction

FLASH ACTU /THÉRAPEUTIQUE EN DERMATOLOGIE LIBÉRALE

Rédigé par Florence Corgibet.

ALLERGIES DE CONTACT

Méthylisothiazolinone : elle reste en bonne place !

Plusieurs études continuent de retrouver la méthylisothiazolinone MIT comme allergène de contact et dans des situations dans lesquelles on ne s'y attendrait pas toujours. Ainsi elle arrive en première ligne devant le Fragrance Mix, le baume du Pérou et la paraphénylène diamine dans les **dermatoses faciales allergiques** des hommes [1]. Il s'agit souvent de sujets atopiques (65 % des cas) liés à des contacts professionnels mais aussi, on y penserait moins facilement, cosmétiques. Même constat chez les enfants [2]. Parmi les patchs-tests positifs retrouvés chez les **enfants et adolescents**, il s'agit plus souvent d'atopiques, et la MIT arrive dans cette étude derrière le nickel et le bichromate de potassium et devant le Fragrance Mix II. La MIT est également souvent en cause dans les **pathologies anogénitales masculines** [3]. À noter que, dans cette localisation, l'allergie de contact est plus fréquemment retrouvée chez les hommes que les femmes (chez lesquelles les atteintes dermatologiques non allergiques sont plus fréquentes). Dans cette étude, la MIT arrive en deuxième ligne des allergènes de contact derrière le baume du Pérou et devant les anesthésiants locaux et corticoïdes locaux.

La **conduite à tenir** en cas d'allergie à la MIT est précisée dans un article publié dans les *Annales* [4]. **L'éviction** doit être à vie. Pour cela les patients doivent se reporter à la liste INCI (International Nomenclature of Cosmetic Ingredients), lire

attentivement la composition des **produits ménagers** mais aussi des **peintures**, des **produits de bricolage** et ce régulièrement car le changement de composition se fait souvent sans avertissement ! La MIT est également contenue dans certains **textiles**, certains **cuirs** ! Rappelons que la législation a abouti à une quasi-suppression de la MIT dans les produits cosmétiques non rincés car les concentrations autorisées sont tellement infimes que la fonction de conservateur n'est plus possible. Les *lessives*, elles, en contiennent pratiquement toutes mais il n'est pas retrouvé de trace de MIT après un cycle de lavage. Il est conseillé l'utilisation de petites quantités de lessive, des lavages courts, des rinçages longs, mais avec au total une imputabilité anecdotique.

Autre enseignement de toutes ces études : **les sujets atopiques font des allergies de contact**, contrairement à ce qui était souvent pensé. Les dermato-allergologues préconisent la réalisation de patchs-tests en cas de circonstances évocatrices : poussée d'eczéma inexplicable, résistance aux corticoïdes, eczéma prédominant au visage et aux mains, exposition professionnelle à des allergènes connus (coiffure, santé, métiers de bouche, résines, colles...), utilisation de topiques réputés sensibilisants. Tout sujet atopique pourrait peut-être bénéficier une fois dans sa vie d'une exploration allergologique ?

Attention au propolis

De nombreuses publications font état d'une augmentation importante de la fréquence de cet allergène [5-8]. En effet il est très présent en particulier dans les baumes à lèvres, mais aussi des shampoings, etc. Il est incriminé dans de fréquentes allergies de contact du *visage* dont des *chéilites*. Son utilisation *per os* comme « stimulant immunitaire » en particulier pendant la période Covid a même pu entraîner des réactions « généralisées », surtout tête et cou [9].

Biseptine® : en augmentation !

Une étude du REVIDAL-GERDA [10] fait état chez 102 patients (71 adultes, 31 enfants) d'atteintes cutanées avec des

lésions extensives dans 63 % des cas. Le délai diagnostique est souvent de plusieurs mois dans plus de la moitié des cas. Chez les adultes, c'est plutôt l'alcool benzylique (81,7 % des cas) qui est incriminé. Chez les enfants, c'est plus souvent la chlorhexidine (54,8 %). Près d'un tiers des patients (32,4 %) est sensibilisé à plusieurs composants. Les auteurs concluent à la nécessité de n'utiliser que de l'eau et du savon pour les soins du cordon, car il s'agit probablement du principal mode de sensibilisation pour ces molécules.

CANCÉROLOGIE

Responsabilité confirmée du rôle favorisant de l'hydrochlorothiazide (HCT) pour les carcinomes épidermoïdes (CE)

Une nouvelle étude islandaise [11], cas-témoins, intéressante du fait de l'homogénéité de la population en ce qui concerne le phototype et les expositions solaires, vient corroborer les données sur ce sujet à partir du recueil de 6 880 carcinomes. Est retenue une augmentation significative du risque de CE invasif ($\times 1,69$) au-delà d'une **dose cumulative de 37,5 g** (pas plus de quatre à cinq ans). À noter que les résultats ne sont pas significatifs pour les carcinomes *in situ* et les basocellulaires. Attention à la prescription d'HCT chez nos patients immunodéprimés dont les patients greffés.

Retard au diagnostic de certains cancers cutanés dû à la pandémie ?

Les auteurs [12] ont étudié les données du registre des tumeurs cutanées de la Grèce du Nord en comparant les incidences entre l'année 2020 et la moyenne des quatre années précédentes. Ils ont retrouvé un nombre total de tumeurs cutanées incidentes minoré de 30,1 % par rapport au nombre attendu avec une réduction de 36,4 %, 22,3 % et 44,8 % pour respectivement mélanome, basocellulaire et épidermoïde. Le pourcentage relatif de mélanomes épais a été par ailleurs plus important en 2020. Même type de conclusion cette fois dans une étude multicentrique rétrospective [13] analysant les comptes rendus histologiques un an avant les confinements et un an après de 6 centres répartis dans cinq pays (Autriche, Espagne, France, Grèce et Italie) : le nombre total de nouveaux mélanomes y est trouvé 25,5 % plus bas que dans la période pré-confinement (2 311 vs. 1 722), il existe une légère mais significative augmentation de l'épaisseur (1,7 mm vs. 2 mm pour les mélanomes invasifs), moins de mélanomes *in situ* et de stade I (- 3,8 %) et plus de stade II (+ 2,5 %).

Facteurs cliniques prédictifs d'agressivité histologique dans les basocellulaires (CBC)

Une étude [14] menée par le Groupe Chirurgical de la SFD a permis de montrer qu'il existait une concordance clinique et histologique à propos du **caractère agressif ou non du CBC** dans seulement 56,7 % des cas sur 2 274 cas consécutifs de CBC. Les CBC nodulaires sont correctement identifiés cliniquement dans 86,2 % des cas, les CBC superficiels seulement dans 49,9 % des cas et malheureusement les erreurs portent plus sur les CBC agressifs (trabéculaires, micronodulaires ou sclérodermiformes en histologie) identifiés comme tels seulement dans 22 % des cas. Par ailleurs cette étude a

permis de retrouver que les CBC agressifs sont plus souvent ulcérés, indurés, adhérents et dans les zones à risque anatomique **élevé** (centrofaciales). À noter qu'une actualisation des recommandations dans la prise en charge des CBC est en cours au Centre de Preuves de la SFD.

Chéilite actinique : différents traitements possibles (figure 1)



Figure 1. Chéilite actinique érosive

Sans surprise cette revue de la littérature [15] confirme que les meilleurs résultats sont obtenus avec la **vermillonectomie**. Celle-ci est surtout préconisée en cas de dysplasies modérées à sévères ou de transformation en carcinome *in situ*. La guérison est obtenue dans 100 % des cas sans récurrence et sans survenue de carcinome épidermoïde (CE). Les résultats du **laser CO₂** sont presque similaires : plus de 90 % de guérison, de 0 à 10 % de récurrences, « seulement » 2 % d'évolution vers un CE. Les alternatives sont nettement moins efficaces mais méritent d'être considérées dans certains cas. Ainsi la **PDT** a un taux d'efficacité de 65 %, avec de 15 à 60 % de récurrences, le **5-FU** utilisé de 1 à 2 fois/j pendant deux à quatre semaines a un taux d'efficacité de 75 % avec 30 à 50 % de récurrences (mais 10 % des patients arrêtent pour intolérance), l'**imiquimod** associé à la **PDT** permet un taux d'efficacité de 75 % avec un taux de récurrence de seulement 12 %. Les auteurs recommandent donc l'utilisation de la vermillonectomie ou du laser CO₂ chez les patients à haut risque mais retiennent l'intérêt des traitements topiques et surtout des traitements combinés pour les patients à faible risque, jeunes et immunocompétents.

PÉDIATRIE

La gale de l'enfant, femme enceinte : du nouveau ?

L'ivermectine reste contre-indiquée chez **l'enfant de moins de 2 ans et de moins de 15 kg** [16]. Mais une étude rétrospective a été menée par la Société Française de Dermatologie Pédiatrique [17] sur 170 enfants < 15 kg, d'âge moyen 15 mois et de poids moyen 10 kg. Elle a permis de montrer qu'on obtenait en traitement oral une guérison dans 85 % des cas, avec de meilleurs résultats si la dose utilisée dépassait 200 µg/kg (dose moyenne 223 µg/kg), avec moins de dix jours entre les deux prises et seulement sept effets indésirables soit 4 % : cinq eczémas, une diarrhée, un vomissement.

L'ivermectine reste contre-indiquée également chez la *femme enceinte ou allaitante* mais le CRAT (Centre de Référence sur les Agents Tératogènes) la propose en deuxième ligne après utilisation de la perméthrine voire en première ligne en cas de contre-indication au traitement local. De même, toujours selon le CRAT, l'ivermectine par voie orale est possible en cours d'allaitement car la quantité d'ivermectine ingérée via le lait est très faible (1 %) et il n'y a pas de signalement d'événement particulier chez les enfants allaités. Ces avis reposent sur l'analyse des données rétrospectives d'exposition, d'administration de masse dans les pays subsahariens pour l'oncocercose et celles des propriétés pharmacologiques.

De récents articles corroborent ces avis [18, 19]. Les auteurs confirment l'utilisation possible de l'ivermectine chez la femme enceinte en deuxième ligne, voire en première ligne en cas de contre-indication au traitement local (eczématisation, surinfection, etc.) mais conseillent d'attendre la fin de l'organogénèse c'est-à-dire 10 semaines d'aménorrhée.

La teigne de l'enfant : la fin d'une impasse ! (figure 2)



Figure 2. Teigne de l'enfant.

L'arrêt récent de la commercialisation de la griséfuline, seul traitement *per os* ayant l'AMM chez l'enfant, rend compliqué le traitement des teignes de l'enfant. Un groupe de travail coordonné par le Centre de Preuves en Dermatologie s'est rapidement constitué avec des membres des sociétés savantes impliquées, la Société Française de Dermatologie, la Société Française de Mycologie Médicale, la Société Française de Pédiatrie, la Société Française de Dermatologie Pédiatrique, la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française pour établir un nouvel algorithme de prise en charge des teignes de l'enfant. Celui-ci a été validé et intégré par l'ANSM dès juillet 2021 et est détaillé sur le site du Centre de Preuves de la SFD, centredepreuves.sfdermato.org, sous forme d'une vignette rouge intitulée *Actu Teigne*. Les recommandations conseillent un prélèvement mycologique avant tout traitement, l'utilisation d'emblée de la terbinafine à titre de traitement probabiliste puis celle de l'itraconazole (mais à prescription hospitalière) en cas de tableau clinique en faveur d'une teigne microsporique ou identifiée avec le résultat du prélèvement. Des ordonnances-type (*encadré 1*) sont disponibles sur ce site et sont également accessibles sur l'application ChronoReco chronoreco.sfdermato.org. Notons bien que la prise en charge doit être hospitalière chez les enfants de moins de 10 kg.

TACROLIMUS

De nouvelles indications

Dans la **dermite séborrhéique (DS)**, une étude française [20] confirme l'efficacité de cette molécule. Elle a été utilisée à deux fois/sem. pendant 24 semaines en alternative au ciclopiroxolamine en traitement d'entretien des DS sévères définies par trois poussées dans les six derniers mois ou des lésions en continu sur 114 patients. Les résultats sont significatifs : un risque plus faible de rechute (21 % *vs.* 40 %), un délai médian de rechute plus long (91 jours *vs.* 27), une amélioration supérieure du DLQI avec cependant plus de sensations de brûlures (29 *vs.* 17) mais une tolérance finalement acceptable.

Dans la **dermite périorale de l'enfant**, sur 72 enfants étudiés [21] (âge médian 4,2 ans, suivi 5,2 mois), la guérison a été obtenue dans 68,8 % des cas uniquement dans le groupe tacrolimus seul sans effet secondaire notable *vs.* 75 % des cas dans le groupe tacrolimus + métronidazole local et 77,8 % dans le groupe tacrolimus + antibiotique systémique (azithromycine ou érythromycine).

Dans la **chéilite exfoliatrice**, le tacrolimus s'est révélé plus efficace que la corticothérapie locale [22] avec plus de guérisons (65 % *vs.* 25 %), bien moins de rechutes (30 % *vs.* 100 %), mais un peu plus d'effets indésirables (30 % *vs.* 20 %). Le protocole utilisé était le même pour les deux molécules : trois fois/j la première semaine, deux fois/j la deuxième semaine, une fois/j la troisième semaine.

Les effets à long terme

De nombreuses données sont bien rassurantes quant à l'utilisation des inhibiteurs topiques de la calcineurine (TCI) et la survenue de cancers. L'étude APPLES [23] diligentée à la demande des autorités sanitaires européennes et américaines en 2005 a suivi 7 945 enfants (moyenne d'âge 7 ans) pendant 10 ans soit 44 629 patients-années. **Il n'a pas été constaté d'augmentation significative de cancer chez les enfants** traités par TCI par rapport à la population générale et aucun lymphome n'est survenu. Une étude de cohorte [24] de 93 746 adultes porteurs de dermatite atopique traités par TCI [24], 722 271 patients-années de suivi **n'a pas retrouvé de risque significatif de CBC ou de CE** quelles que soient la dose, la durée ou la fréquence d'exposition aux TCI. Une autre étude [25] s'est attachée cette fois au suivi de patients traités pour un vitiligo par TCI avec ou sans photothérapie. Avec 95 203 patients-années, **le risque de lymphome et de cancer cutané n'est significativement augmenté ni par le TCI** (et ce, quelles qu'en soient les doses > 300 g) ni par la photothérapie ni par l'association des deux.

Tout ceci tendrait à bien rassurer les utilisateurs mais une méta-analyse récente [26] sème le trouble et trouverait un risque de lymphome augmenté chez les patients traités pour une dermatite atopique surtout par rapport aux patients non-traités, mais sans

augmentation globale de cancers au sens large et de cancers cutanés en particulier : 8 études cohorte, 408 366 DA traitées par TCI, 1067 280 témoins sous dermocorticoïdes, 1764313 contrôles non traités et 3 études cas-témoins. Cependant les auteurs insistent néanmoins sur une **augmentation très faible des lymphomes, sur le fait que la dermatite atopique comporte un risque indépendant de lymphome et que des erreurs diagnostiques entre lymphome et dermatite atopique sont possibles.**

Bientôt le remboursement du tacrolimus dans le vitiligo ?

La loi de finance 2021 a permis de définir de nouveaux dispositifs d'accès précoces aux médicaments en France. Il s'agit d'un processus de simplification qui fait disparaître les ATU de cohorte, les ATU compassionnelles, les RTU... qui sont remplacées par deux dispositifs, **l'accès précoce à un médicament innovant** (par exemple en cancérologie) **et l'accès compassionnel** (sécurisation de la prescription hors AMM) [27]. Les AMM sont demandées par les laboratoires uniquement. Il existe maintenant la possibilité, pour des médicaments qui ne sont pas destinés à avoir une AMM, d'obtenir le remboursement de ces traitements prescrits hors AMM pour répondre à une situation précise et un besoin thérapeutique non couvert. La demande peut émaner des autorités de santé, de l'INCa, mais aussi des Conseils Nationaux Professionnels (CNP). Ainsi récemment la prescription du thalidomide dans l'érythème polymorphe sévère récidivant a été acceptée dans ce **cadre de la prescription compassionnelle**. Un dossier a été déposé pour le remboursement du tacrolimus dans le vitiligo, son instruction est en cours. Un groupe de travail a été formé au sein du CNP de dermatologie avec l'aide du Centre de Preuves de la SFD pour définir les molécules à proposer en priorité.



Références :

1- Warshaw EM, Schlarbaum JP, et al. Facial dermatitis in male patients referred for patch testing : retrospective analysis of North American Contact Dermatitis Groupe data, 1994 to 2016. *JAMA Dermatol* 2020 ; 156 : 79-84.
 2- Boonchai W, Chaiyabutr C, Charoenpipatsin N, Sukakul T. Pediatric contact allergy : a comparative study with adults. *Contact Dermatitis* 2021 ; 84 : 34-40.
 3- Warshaw EM, Kimvon RS, Silverberg JL, et al. Evaluation of Patch Test Findings in Patients with Anogenital Dermatitis. *JAMA Dermatol* 2020 ; 156 : 85-91.
 4- Kurihara F, Soria A. Eczémas de contact aux isothiazolinones. *Ann Dermatol Vénérologie EMC* 2021 ; 1 : 193-7.
 5- Silva Belluco PE, Feijo Belluco RZ, Santioago Reis CM. Allergic contact cheilitis caused by propolis : case report. *Einstein (Sao Paulo)* 2022 ; 20 : eRC6151.
 6- Bruusgaard-Mouritsen MA, Garvey LH, Johansen JD. Facial contact dermatitis caused by cosmetic-relevant allergens. *Contact Dermatitis* 2021 ; 85 : 650-9.
 7- Navarro-Trivino FJ, Ruiz-Villaverde R. Allergic contact dermatitis of head and neck by propolis contained in a shampoo. *Contact Dermatitis* 2020 ; 82 : 409-10
 8- Nyman GSA, Tang M, Inerot A, et al. Contact allergy to beeswax and propolis among patients with cheilitis or facial dermatitis. *Contact Dermatitis* 2019 ; 81 : 110-6.
 9- Freedman J, Griggs J, De Padova MP, Tosti A. What's the "buzz" about propolis ? Propolis-induced systemic contact dermatitis. *Contact Dermatitis* 2019 ; 80 : 65-67.
 10- Beaumont C, Darrigade AS, Barbaud A, et al. ; REVIDAL-GERDA Network. Multiple cases of sensitization to an antiseptic containing chlorhexidine digluconate/benzalkonium chloride/benzyl alcohol with different profiles of sensitization in adults and children. *Contact Dermatitis* 2022 ; 87 : 62-70.
 11- Adalsteinsson JA, Muzumdar S, Waldman R, et al. Association between hydrochlorothiazide and the risk of in situ and invasive squamous cell skin carcinoma and basal cell carcinoma : a population-based case-control study. *J Am Acad Dermatol* 2021 ; 84 : 669-75

12- Lallas A, Kyrgidis A, Manoli SM, et al. Delayed skin cancer diagnosis in 2020 because of the COVID-19 related restrictions : data from an institutional registry. *J Am Acad Dermatol* 2021 ; 85 : 721-3.
 13- Scharf C, Brancaccio G, Di Stefani A, et al. The association between COVID-19 lockdowns and melanoma diagnosis and thickness : A multicenter retrospective study from Europe. *J Am Acad Dermatol* 2022 ; 87 (3) : 648-649.
 14- Amici JM, Dousset L, Battistella M, et al. Clinical factors predictive for histological aggressiveness of basal cell carcinoma : a prospective study of 2 274 cases. *Ann Dermatol Vénérologie* 2021 ; 148 : 23-7.
 15- Trager MH, Farmer K, Ulrich C, et al. Actinic cheilitis : a systematic review of treatment options. *J EADV* 2021 ; 35 : 815-23.
 16- Bursztejn AC. La gale de l'enfant. *Ann Dermatol Vénérologie FMC* 2022 ; 2 : 320-3.
 17- Levy M, Martin L, Bursztejn AC, et al. Groupe de Recherche de la Société Française de Dermatologie Pédiatrique. Ivermectin safety in infants and children under 15 kg treated for scabies : a multicentric observational study. *Br J Dermatol* 2020 ; 182 : 1003-6.
 18- Nicolas P, Maia MF, Bassat Q, et al. Safety of oral ivermectin during pregnancy : a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health* 2020 ; 8 : e92-100.
 19- Weill A, Bernigaud C, Mokni M, Gil S, Elefant E, Chosidow O. Scabies-infested pregnant women : a critical therapeutic challenge. *PLoS Negl Trop Dis* 2021 ; 15 : e0008929.
 20- Joly P, Tejedor I, Tétart F, et al. Tacrolimus 0,1 % versus ciclopiroxolamine 1 % for maintenance therapy in patients with severe facial seborrheic dermatitis : a multicenter, double-blind randomized controlled study. *J Am Acad Dermatol* 2021 ; 84 : 1278-84.
 21- Lee H, Kim KH. Treatment of pediatric periorificial dermatitis with topical calcineurin inhibitor and topical/oral metronidazole. *J Dermatol* 2021 ; 48 : 405-7.
 22- Liu J, Shi L, Wang X, et al. Tacrolimus 0,03 % ointment treatment in exfoliative cheilitis : a randomized controlled clinical trial and monitoring blood concentration. *J Oral Pathol Med* 2021 ; 50 : 251-259.
 23- Paller AS, Folster-Holst R, Chen SC, et al. No evidence of increased cancer incidence in children using topical tacrolimus for atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2020 ; 83 : 375-81.
 24- Asgari MM, Tsai AL, Avalos L, et al. Association between topical calcineurin inhibitors use and keratinocyte carcinoma risk among adults with atopic dermatitis. *JAMA Dermatol* 2020 ; 156 : 1-8.
 25- Ju HJ, Han JH, Kim MS, et al. Korean Society for Vitiligo and the Korean Society for Photomedicine. The long-term risk of lymphoma and skin cancer did not increase after topical calcineurin inhibitor use and phototherapy in a cohort of 25 694 patients with vitiligo. *J Am Acad Dermatol* 2021 ; 84 : 1619-27
 26- Lam M, Zhu JW, Tadrous M, Drucker AM. Association between topical calcineurin inhibitor use and risk of cancer, including lymphoma, keratinocyte carcinoma, and melanoma. A systematic review and meta-analysis. *JAMA Dermatol* 2021 ; 157 : 1-10.
 27- Guillot B, Grande M, Albin N. Les dispositifs d'accès précoces aux médicaments en France. *Ann Dermatol Vénérologie FMC* 2022 ; 2 : 345-9

RÉSUMÉ DE L'ATELIER 1 : CAS CLINIQUES DU CENTRE SABOURAUD : ON COUPE LES CHEVEUX EN TROIS

Rédigé par **Pascale Huet (Montferrier-sur-lez)**, d'après les interventions de **Philippe Assouly, Bruno Matard, Pascal Reygnage**.

TRICHOTILLOMANIE (BRUNO MATARD) : À PROPOS D'UN CAS CHEZ L'ENFANT

On distingue deux formes cliniques de trichotillomanie selon l'âge d'apparition, de pronostic très différent :

- **La forme bénigne chez l'enfant** (forme inconsciente) : il s'agit habituellement d'un simple tic comparable à l'onychophagie, le plus souvent rapidement résolutif (4-6 mois), en rapport avec un événement anxiogène, touche trois garçons pour une fille, dure quelques mois, de diagnostic souvent difficile à porter car le geste est méconnu de l'enfant et non vu par les parents ;
- **La forme sévère de l'adulte** (forme addictive) : le tic d'arrachage irrépressible (malgré l'alopecie qui en résulte

et ses lourdes conséquences) débute habituellement à l'adolescence (parfois lors d'un stress), a une évolution prolongée voire indéfinie, touche dans 90 % les femmes, est de caractère très mystérieux (pas de pathologie psychiatrique reconnue, critique du geste), considérée non pas comme un simple symptôme mais comme un trouble du contrôle des impulsions qui demande une prise en charge spécialisée de type TTC (thérapie comportementale et cognitive) « Habit reversal ».

Les principaux signes trichoscopiques (TCS) de la trichotillomanie résultent du traumatisme appliqué sur le cuir chevelu, secondaire à l'arrachage des cheveux, et sont :

- cheveux cassés/fracturés de tailles variables et points noirs (deux points sémiologiques essentiels +++ mais non spécifiques) ;
- cheveux enroulés dits « en arobase » (*coiled hairs*), parfois déchiquetés ou crochetés à leur extrémité (*hook hairs*) ;
- aspect en flammèches (*flame hairs*) ;
- cheveux en V ;
- cheveux en « tulipes » (extrémité distale renflée hyperpigmentée) ;
- cheveux en « poudre » ;
- trichoptilose (cheveux fendus longitudinalement à leur extrémité distale) ;
- érosions/croûtes infectées/hémorragiques au niveau du cuir chevelu ;
- absence de signes TCS de teigne (pas de cheveux en virgule ni en code-morse ni en tire-bouchon), de pelade (pas de points d'exclamation)...

ALOPÉCIE FRONTALE FIBROSANTE (BRUNO MATARD) : FORME MASCULINE ET RÔLE DES PRODUITS DE PROTECTION SOLAIRE

Il s'agit de trois hommes qui ont vu apparaître une AFF (alopécie frontale fibrosante) après utilisation, pendant des années, sur le visage, de produits de protection solaire sous forme de cosmétiques ou de crèmes solaires.

L'AFF est très rare chez l'homme. De nombreux arguments épidémiologiques (quatre études cas-témoins portant sur 1 200 patients), chronologiques (augmentation de l'incidence de l'AFF avec la multiplication des cosmétiques contenant des produits de protection solaire) et physiopathologiques (surexpression des aryl hydrocarbones récepteurs) incriminent le **rôle des produits de protection solaire** dans leur survenue (pénétration transfolliculaire de nanoparticules de dioxyde de titane responsables d'une réaction lichénienne). Ils sont aussi suspectés dans le lichen plan pileaire. Et quid du rôle des autres produits cosmétiques (hydratants, produits de défrisage, savons...) et des facteurs environnementaux ?

Cellulite disséquante du scalp (Bruno Matard) : prise en charge thérapeutique

Il faut avant tout faire un prélèvement mycologique et proposer une antibiothérapie orale en cas de surinfection.

Le traitement de première intention de la cellulite disséquante du cuir chevelu est l'isotrétinoïne per os à la posologie de 0,5 à 1 mg/kg/j pendant de nombreux mois (sept à huit voire plus). En cas d'échec de celle-ci, il faut vider les kystes fluctuants et parfois injecter ensuite de l'acétonide de triamcinolone (Kénacort® 10-20 mg/ml). Ce n'est qu'en dernier recours que l'on proposera une exérèse chirurgicale (scalpectomie et greffe de peau mince) en prévenant du risque cicatriciel (chéloïde).

Lichen plan pileaire (Philippe Assouly) : aspect dermatoscopique et traitement

Les signes trichoscopiques du lichen plan pileaire (LPP) sont proches de ceux de l'alopecie frontale fibrosante et comportent :

- érythème violacé gélatineux (allure de gelée de fruit) autour de l'orifice pileaire ;
- desquamation (hyperkératose) périfolliculaire ;
- structures tubulaires (manchons) ;
- gaines coulissantes ;
- cheveux dystrophiques ;
- zones blanc ivoire et rouge laiteux (aspect de glace à la fraise) au stade de fibrose.

Les traitements de première ligne du LPP comportent :

- dermocorticoïdes de classe 4 (lotion >> crème) : 2/j × 2-4 sem. puis 1/j × 2-3 mois puis 3/sem. × 3 mois puis 2/sem. × 3 mois puis relais par un dermocorticoïde de classe 3 ;
- injections de corticoïdes : acétonide de triamcinolone 10 mg/ml, dipropionate de bétaméthasone 2,5 mg/ml ;
- cyclines ? : aux doses de celles pour l'acné, résultats contradictoires.

Les traitements de deuxième ligne du LPP comportent :

- corticothérapie systémique selon des schémas thérapeutiques variés : 3/4 à 1 mg/kg jusqu'à disparition de l'inflammation, puis diminution progressive sur 3-4 mois, enfin relais par les traitements de première ligne.

Les traitements de deuxième/troisième ligne du LPP comportent :

- méthotrexate ? : 15-20 mg/sem. ;
- ciclosporine ? 77 % d'efficacité mais récidives ;
- mycophénolate Mofétil : 2 g/j à des durées variables, 45-85 % d'efficacité.

Les traitements discutés dans le LPP : tacrolimus, PRP, pioglitazone, naltrexone.

Les traitements inefficaces dans le LPP : hydroxychloroquine, thalidomide, Laser excimer 308 nm, rétinoïdes (isotrétinoïne et acitrétine).

Les autres traitements du LPP : anti-JAK (?), excision chirurgicale, Greffes capillaires (risque de réactivation, effet non permanent), minoxidil (effet symptomatique), poudre de camouflage...

Alopécie frontale fibrosante (Philippe Assouly) : prise en charge thérapeutique

Les traitements de l'alopécie frontale fibrosante (AFF) sont proches de ceux du LPP dont elle représente une forme clinique.

Les traitements de première ligne de l'AFF comportent :

- dermocorticoïdes de classe 4 (lotion >> crème) : même protocole que pour le LPP ;
- injections de corticoïdes (?) : acétonide de triamcinolone 2,5 à 10 mg/ml, injections mensuelles, en bordure du cuir chevelu et au niveau des sourcils.

Les autres traitements discutés dans l'AFF comportent :

- tétracyclines : diminution de l'activité dans 50 % des cas avec la Doxycycline® 100-200 mg/j à 1 an ;
- hydroxychloroquine : efficacité variable ;
- rétinoïdes : acitrétine, isotrétinoïne (intérêt en cas d'atteinte faciale) ;
- inhibiteurs de la 5 alpha réductase : finastéride (2,5-5 mg/j), dutastéride (0,5 mg/j) : pour certains, traitement de première intention ;
- inhibiteurs de calcineurine (?) : action sur les symptômes mais pas sur l'évolution de la maladie ;
- pioglitazone, naltrexone : études rétrospectives sur quelques patients mais effets secondaires potentiels ;
- anti-JAK ?
- minoxidil 5 % : propriétés antifibrosantes ;
- faux sourcils, dermopigmentation, prothèse capillaire, crayons...

Pelade universelle (Philippe Assouly) : prise en charge thérapeutique

Dermocorticoïdes : traitement de première intention, privilégier la forme liquide (lotion, gel), préférer le propionate de clobétasol 2/j x 2 mois : 20 % des repousses complètes, risque de réactions acnéiformes et d'hypopigmentation (phototype foncé).

Photothérapie : PUVA > UVBTL01 ? : 30 % de réponse, risque cancérigène (limiter les séances, traiter juste le crâne), récédives à l'arrêt, jager de l'effet à 30 séances.

Corticothérapie systémique pour amorcer la repousse avec un autre traitement (photothérapie, immunosuppresseur) : bolus/minibolus journaliers, hebdomadaires ou mensuels : méthylprednisolone ou prednisone.

Immunothérapie de contact : DCP (diphencyprone), SABDE (acide squarique dibutylester).

Méthotrexate 20-25 mg/sem., surtout en association avec la prednisone 20 mg/j : repousse complète respectivement dans 68 % des cas.

Dupilumab pour les pelades médiées par la voie TH1 : résultats contradictoires.

Inhibiteurs de Janus Kinases (anti-JAK) : résultats très intéressants pour les pelades sévères mais mauvais sur les formes anciennes, effet suspensif, rebond à l'arrêt, manque de recul, nombreux effets secondaires à court et long terme, coût élevé de 651 €/mois pour l'Olumiant® (baricitinib) jusqu'à 3 121 €/mois pour le Jakavi® (ruxolitinib) *versus* 2,44 € le flacon de Dermoval® gel ou 2,05 € l'ampoule de Kenacort® !

Prothèses capillaires (PC) : prise en charge à 60 % par la Sécurité Sociale à raison d'une PC par an.

Alopécie de traction (Pascal Reygagne)

À propos d'un cas chez une femme travaillant comme agent de sécurité à Roissy et portant une queue-de-cheval serrée, les principaux éléments du **diagnostic positif** sont rappelés, à savoir :

- touche majoritairement les femmes (habitudes de coiffure : chignons serrés, couettes, nattes, tresses, queues-de-cheval, lissage, défrisage...)
- le plus souvent alopécie symétrique, mais parfois prédominance du côté de la main dominante ;
- Touche habituellement la zone frontale médiane et/ou les zones temporales avec préservation d'une ligne antérieure (signe de la frange), mais n'importe quelle partie du cuir chevelu peut être affectée selon les pratiques capillaires (coiffure et soins) ;
- au départ aspect inflammatoire : folliculite douloureuse, irritative, non infectieuse, par traction ;
- zones alopéciques ovales ou linéaires avec présence de cheveux cassés de différentes longueurs, d'hyperkératose péripilaire et de gaines coulissantes péripilaires à la partie proximale des cheveux, au niveau des zones de traction maximale ;
- à long terme, si la tension est maintenue, l'alopécie peut devenir définitive et cicatricielle (alopécie biphasique) avec persistance de petits cheveux fins à la surface de la zone concernée.

Monilethrix (Pascal Reygagne)

Le monilethrix est une génodermatose rare, de transmission autosomique dominante, avec une forte pénétrance et une expression variable. Elle est due à des mutations de gènes situés sur la région chromosomique 12q13, codant pour des kératines impliquées dans les structures du cortex pileaire.

Le diagnostic repose sur :

- l'examen clinique : kératose pileaire, fragilité capillaire, aspect perlé, diminution de la densité capillaire (hypotrichose) avec cheveux courts (< 3 cm), fins, secs, ternes, fragiles et cassants, surtout en zone occipitale et temporale ;
- l'examen trichoscopique ; alternance régulière de zones de renflements (nodosités elliptiques) et d'étranglements unifornes (strictions), donnant un aspect en « collier de perles » ;

– l'examen microscopique : succession de strictions, nœuds et espaces entre les nœuds réguliers, fractures au niveau des sites de constriction.

Le minoxidil à 5 % et les rétinoïdes améliorent la croissance des cheveux moniliformes, mais leur action est suspensive.

L'alopecie cicatricielle centrifuge centrale du vertex (Pascal Reygagne)

L'alopecie cicatricielle centrifuge centrale du vertex (ACCCV), anciennement dénommée « *hot comb alopecia* ou syndrome du peigne chaud » puis « syndrome de dégénérescence folliculaire », est une forme d'alopecie cicatricielle primitive sévère affectant presque exclusivement les femmes d'âge moyen de descendance africaine (10 % des femmes adultes afro-américaines).

Son diagnostic est essentiellement clinique et repose sur les éléments suivants :

- alopecie cicatricielle débutant au centre du vertex, puis s'étendant lentement de manière centrifuge ;
- parfois inflammatoire, accompagnée de pustules ou d'une sensibilité locale accrue.

Les causes de l'ACCCV restent un mystère (distribution élective au vertex) et continuent d'être débattues : relation avec les pratiques cosmétiques capillaires agressives pour obtenir des cheveux raides ? Terrain génétique prédisposant ?

CHIRURGIE DERMATOLOGIQUE DE LA PERSONNE ÂGÉE

Rédigé par Nicole Cochelin.

Il faut s'attendre à une explosion des cas de tumeurs cutanées dans les décennies à venir en rapport avec une augmentation de la population âgée longtemps exposée aux UV.

La prise en charge de ces tumeurs est une nécessité et les prises en charge ont considérablement évolué. Les tumeurs qui échappent à la prise en charge chirurgicale, traitement de première intention dans la grande majorité des cas, peuvent désormais bénéficier de tout un arsenal thérapeutique.

L'immunothérapie est accessible pour les mélanomes, carcinomes épidermoïdes et tumeurs de Merkel. L'immunosénescence n'est pas un obstacle à l'immunothérapie et les études montrent que les médianes de survie sans progression sont similaires aux médianes de survie des populations tout-venant.

Les facteurs associés à une meilleure réponse de l'immunothérapie chez le patient âgé sont, une charge mutationnelle plus élevée, un microbiote et un environnement plus adaptés et un stress moindre.

Néanmoins, il ne faut pas négliger les effets indésirables de l'immunothérapie avec des effets secondaires neurologiques spécifiques chez les patients prédisposés, d'une possible

encéphalopathie à des migraines et de la fatigue. Les troubles cognitifs dans cette tranche d'âge sont le principal obstacle et leur apparition peut conduire à suspendre l'immunothérapie.

Concernant le traitement adjuvant dans la prise en charge du mélanome, quand le ganglion sentinelle est positif avec un mélanome de plus de 1 mm de Breslow, quelle est la limite d'âge ? Doit-on traiter de la même façon qu'un sujet plus jeune un sujet âgé qui est « FIT » ? S'il a dépassé son espérance de vie attendue, si les conséquences sur qualité de vie sont importantes, si on risque de déclencher des effets secondaires alors qu'il n'aurait peut-être pas rechuté ? Ces questions ainsi que le coût des prises en charge pour la société ne sont pas définitivement évaluées et sont à discuter en RCP et avec le patient et son entourage.

Concernant la chirurgie dermatologique des tumeurs des personnes âgées, c'est un véritable défi qui attend le corps médical dans un contexte de pénurie médicale généralisée en particulier des dermatologues, spécialité la plus concernée.

Il s'agit de limiter les retards de prises en charge chez les personnes âgées où les problématiques cutanées sont relayées derrière les problématiques centrées sur l'appareil cardiovasculaire et l'appareil locomoteur dans un contexte de déni, de fatalisme.

La prise en charge des tumeurs cutanées dans les Ehpad est souvent également inadéquate à cause de médecins manquant de formations au dépistage. On voit encore trop souvent arriver dans nos cabinets des tumeurs multiples et souvent évoluées.

Dans 95 % des cas, les tumeurs cutanées peuvent être retirées au cabinet du dermatologue. Le milieu y est rassurant. L'âge n'est pas un facteur de risque de la chirurgie cutanée. Pour nos patients âgés, l'hospitalisation est plus délétère, de même qu'une anesthésie générale.

Parfois, en cas de comorbidités importantes et chez les patients ayant des troubles cognitifs une hospitalisation de jour voire traditionnelle sera envisagée.

La consultation préopératoire reste un moment-clé permettant :

- de sérier les prises médicamenteuses notamment les prises d'anticoagulants,
- de sérier les antécédents,
- de connaître le contexte de vie et d'autonomie
- de préparer le post-opératoire.

Une évaluation gériatrique peut être faite avec différentes échelles (OMS, Oncodage...), on peut éventuellement demander une consultation spécifique d'évaluation gériatrique. Ces patients fragiles ont besoin d'être rassurés. Il est primordial d'expliquer le contexte de prise en charge simple

au cabinet, de laisser la personne âgée un temps de réflexion pour s'entretenir avec son entourage et son médecin traitant.

Opérer des personnes âgées demande une organisation du cabinet et du planning opératoire car le temps d'installation, de déshabillage et de rhabillage va être plus long.

La chirurgie carcinologique aura le même niveau d'exigence : exérèse carcinologique avec des marges latérales et profondes suffisantes. La réparation devra être fonctionnelle, on peut cependant exiger un niveau esthétique moindre. Toutes les réparations sont possibles mais il faudra privilégier la réparation la plus rapide. La peau des personnes âgées est atrophique avec des plans de décollements virtuels.

Une plus grande vigilance est nécessaire dans les zones dites « à risque » du visage. La peau a tendance à se déchirer dans les zones d'atrophie importante par exemple le dos des mains,

Il faudra préférer des fils de plus gros diamètre et ne pas chercher à refermer à tout prix. La suture directe est facile et rapide et donc à privilégier d'autant que la peau des personnes âgées est très laxo. Les résultats cicatriciels sont souvent excellents.

On peut aussi laisser une partie de la zone à refermer en cicatrisation dirigée, le temps de pansements sera augmenté mais sans conséquences sur le résultat cicatriciel. Les lambeaux sont possibles partout mais le temps opératoire est plus long avec des décollements qui favorisent le risque hémorragique et infectieux. Or, la majorité des patients âgés sont sous anticoagulants.

Les greffes de peau totales ne présentent pas de difficultés particulières mais il s'agit de temps opératoire long avec un inconfort possible pour les patients. Les greffes des extrémités sont tributaires du terrain artériel sous-jacent.

Pour les suivis post-opératoires en Ehpad, il faut s'emparer de la télé-expertise qui va permettre de limiter les déplacements du patient.

En cas d'une demande d'avis de RCP, on adresse le dossier en RCP traditionnelle. Mais, certains centres et pour des patients âgés avec des tumeurs étendues, les décisions de traitement peuvent être prises en RCP d'oncodermatogériatrie.

Par exemple, à Rennes, la RCP a lieu une fois par mois, en présentiel dans le service de dermatologie. Le patient vient avec un membre de son entourage et la décision de prise en charge est discutée de façon collégiale avec un dermatologue, un gériatre, un oncologue et un radiothérapeute.

La dermatologie est une rare spécialité médico-chirurgicale et nous sommes les plus à même d'opérer les tumeurs cutanées.

L'adressage à des chirurgiens plasticiens ou ORL ne devraient être que ponctuels pour des lésions très évoluées.

Nous devons garder la chirurgie cutanée au sein de notre activité et la pratiquer dans nos cabinets. Il y a de multiples lieux en France où se former via le DIU de chirurgie cutanée notamment. Le groupe de dermatologie chirurgicale de la SFD est très actif et organise deux rencontres annuelles. Tous les ans, les Journées Dermatologique de Paris offrent des FMC en chirurgie cutanée. Ce qui peut néanmoins rebuter les dermatologues et les jeunes qui s'installent est la trop faible rémunération des actes. Comment convaincre d'opérer au cabinet quand le QZFA036 est bloqué depuis 17 ans ? Toute la communauté dermatologique espère que le Haut comité de la nomenclature qui s'est mis en place l'an dernier pour réviser l'ensemble de la nomenclature saura prendre ses responsabilités et reverra l'ensemble des actes chirurgicaux qui permettra de continuer décemment à prendre en charge les tumeurs cutanées des patients âgés dans nos cabinets.

DERMATOSES FACIALES INSOLITES

Rédigé par Joséfina Marco Bonnet, À partir des communications de Marie Beylot Barry, Sandra Ly et Olivier Chosidow.

Le premier cas clinique était un **drôle de rhinophyma**, correspondant à une localisation de leucémie lymphoïde chronique (LLC). La localisation du visage n'est pas exceptionnelle, elle se traduit par une infiltration des oreilles, du nez parfois jusqu'à un faciès léonin. Elle est rarement révélatrice et n'a aucune valeur pronostique sauf si transformation. Souvent le patient ne fait pas le lien entre leur LLC et l'atteinte cutanée.

D'autres hémopathies peuvent infiltrer le visage : la maladie de Waldenström, lymphome B de la zone marginale.

Les angiosarcomes ont aussi une prédilection pour le visage et le cuir chevelu. Ils sont trompeurs (pseudo-rosacée, placards télangiectasiques, ecchymotiques) et de diagnostic difficile. Il faut toujours biopsier.

Une rosacée du visage peut cacher un lupus ou une dermatomyosite. Il faut y penser et ne pas oublier d'examiner complètement nos patients.

La maladie de Verneuil peut atteindre le visage, avec une sémiologie particulière : des macrokystes des joues et pré-auriculaire, des nodules inflammatoires fermes, des abcès, des cicatrices en pic à glaces, vermoulues, en pont. Le diagnostic reste difficile si l'atteinte faciale est localisée.

L'acné chez un trans-homme après mise sous testostérone est assez classique. Toute la difficulté réside dans la prise en charge de patients avec des expériences négatives avec les professionnels de santé.

En effet, il faut employer le bon vocabulaire (thorax au lieu de sein, organes génitaux et non vulve ou vagin), expliquer qu'une grossesse est possible si la transition n'est pas complète, même en cas d'aménorrhée.

Il n'y a pas de recommandations thérapeutiques spécifiques mais les cyclines peuvent avoir une hépatotoxicité majorée associées avec les autres traitements. La spironolactone est anti androgénique, la contraception n'est pas facile à mettre en place et elle doit être discutée avec l'endocrinologue. L'isotrétinoïne a des risques tératogènes, psychiatriques et hépatiques.

Le dupilumab donne des exacerbations de l'atteinte de la tête et du cou (étude rétrospective du GREAT). Il faut informer les patients de cette possibilité, privilégier le traitement par tacrolimus topique. Si on a un aspect de dermatite séborrhéique like, pensez aux antifongiques locaux ou systémiques (fluconazole ou itraconazole).

Les anti-EGF-R ont des effets cutanés très fréquents : des lésions papulo-pustuleuses. Des traitements préventifs par doxycycline sont mis en place par les cancérologues. Le traitement curatif est la doxycycline 200 mg/j, des dermocorticoïdes et des émoullients.

Les inhibiteurs de JAK donnent de l'acné et les anti-tyrosines kinases induisent des modifications du visage (kératose pilaire, xérose, photosensibilisation, kératoacanthomes...).

La dernière partie de l'atelier a été orientée vers des dermatoses classiques (DS, acné de la femme adulte, rosacée et dermatose mixte) difficiles de traitement. L'utilisation de l'isotrétinoïne à petite dose donne de très bons résultats. Des études manquent pour connaître la durée et la dose cumulée nécessaire.

Dans l'acné, la spironolactone est utilisable, à la dose de 50 à 200 mg/j hors AMM, associée à une contraception, sans suivi biologique avant 45 ans et un contrôle tensionnel.

ÇA SE PASSE PRÈS DE CHEZ VOUS : ACTUALITÉS SYNDICALES ET PROFESSIONNELLES

Rédigé par Cécile Chabbert, d'après la communication de Luc Sulimovic et Georges Reuter.

La dermatologie libérale doit se structurer pour faire face aux problématiques de démographie médicale et défendre ses spécificités.

Ainsi les équipes de soins spécialisées (ESS) sont les dernières-nées des organisations territoriales libérales, inscrites dans la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé. Elles visent à améliorer la coopération interne entre les spécialistes du même domaine, faciliter le parcours de soins, l'accès du patient et animer une communauté professionnelle. Ça peut constituer l'occasion de formaliser une organisation déjà pu être mise en place de façon informelle.

En dermatologie, la première ESS a été créée en Île de France par convention en 2019, actuellement présidée par le Docteur Luc Sulimovic, président du SNDV. Elle regroupe plusieurs cabinets de dermatologie et/ou établissements d'un territoire. Il s'agit d'associations selon la loi 1901 dont le démarrage et la définition des statuts sont portés en général par les URPS (Unions régionales des professions de santé).

Elles permettent de porter auprès des instances de santé telles que l'ARS afin de les faire inscrire, après un passage par le cadre de l'article 51, dans la loi de financement de la Sécurité Sociale de 2018 (LFSS) et justifier de financements pérennes par la CPAM.

L'article 51 est un dispositif législatif qui encourage les porteurs de projet à proposer de nouveaux schémas de parcours de santé, des modalités de prise en charge innovantes quitte à déroger aux règles et organisations conventionnelles (financement à l'acte des soins de ville et à l'hôpital ainsi que du secteur médico-social). Il permet des financements par des fonds FIR (Fonds d'Intervention Régional) : ces financements permettent la création de moyens dédiés à la mise en œuvre des projets (personnel salarié dédié à la coordination voire lieu de soins, équipes mobiles, financement d'applications mobiles, organisation des rencontres avec l'ARS, gestion des plannings, vidéo dermoscope, pourquoi pas centre d'imagerie dermatologique avec microscope confocal, etc.).

En Île-de-France, dans le cadre de la nouvelle ESS, a été mise en place une application pour développer la télé-expertise avec des médecins généralistes requérants. Un projet est en cours pour favoriser la prescription de biothérapies au sein des cabinets de dermatologie de ville après examen d'un dossier complet à distance. Des prises en charge personnalisées pourraient également être mises en place dans le cadre des pathologies cancéreuses ou chroniques inflammatoires avec suivi annuel du patient, préparation d'un parcours personnalisé de soins, suivi de plaies etc. L'accueil d'un interne en stage libéral pourrait également être inscrit dans les projets des ESS afin de mieux reconnaître ce travail de formation que les dermatologues libéraux sont amenés à faire.

L'ensemble des régions sont sollicitées et encouragées à lancer ces créations d'ESS. Des projets sont en cours en Bretagne, Corse, etc., et d'autres spécialités ont déjà mis en place des ESS : en cardiologie, ophtalmologie, cardiologie, notamment en Île de France.

Et les CPTS ?

Les CPTS sont des rassemblements de professionnels médicaux et paramédicaux au niveau d'un bassin de vie, d'un territoire défini, une ville, une communauté de communes par exemple, regroupés autour de projets de santé territoriaux. Le déploiement des CPTS est en cours afin de mailler complètement le territoire national. Elles sont comme els ESS des sources potentielles de financement de projets de groupes.

Les CPTS visent à identifier des problématiques locales et améliorer des parcours de soin entre professionnels médicaux (notamment avec les médecins généralistes) et paramédicaux (par exemple : création d'un annuaire des ressources professionnelles, gestion coordonnée de la sortie d'hospitalisation, périnatalité, prise en charge des troubles du développement de l'enfant etc.).

Il est important de s'en emparer car la participation à ces structures d'exercice coordonné va devenir de plus en plus importante, d'autant qu'une refonte de la nomenclature de la CCAM est en cours, avec, comme première spécialité impliquée, la dermatologie. 

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

Encadré 1 Les ordonnances-types pour la teigne de l'enfant

Terbinafine

- Poids entre 10 et 20 kg :
Préparation magistrale sous forme de gélule ou de solution buvable
« Prescription à but thérapeutique en l'absence de spécialités équivalentes disponibles »
62,5 mg/j en 1 prise, au milieu du repas
- Poids entre 21 et 40 kg :
125 mg soit un demi-cp/j en 1 prise, broyé dans compote ou yaourt mais pas dans l'eau
- Poids > 40 kg:
250 mg soit 1 cp/j en 1 prise

Itraconazole

- Solution buvable 10 mg/ml ou gélule 100 mg en dehors des repas
- De 10 à 20 kg : 50 mg/j (= 5 ml à la seringue)
- > 20 kg : 100 mg/j

Intérêt de la téléexpertise, un nouveau réseau de soins, pour la prise en charge en dermatologie. Le rôle du dermatologue

Henry Pawin

11, Chaussée de la Muette, 75016 Paris
henry.pawin@gmail.com

Les délais de rendez-vous en dermatologie sont longs, entraînant des retards diagnostiques, parfois très préjudiciables pour les patients.

Le nombre de dermatologues est très insuffisant pour répondre aux besoins de la population. Ils sont le plus souvent débordés et certaines consultations pourraient être remplacées par un avis donné au médecin traitant sans voir le patient en présentiel.

La télémedecine, téléconsultation et téléexpertise, a été mise en place par la Caisse d'Assurance Maladie pour améliorer cette prise en charge.

La téléconsultation est mal adaptée à la dermatologie, parce que la définition de l'image en visioconférence est insuffisante et qu'il est difficile, en pratique, pour le patient de montrer correctement certaines zones du corps à la caméra de son ordinateur ou de son téléphone. De plus, une téléconsultation prend un temps quasi-identique à celui d'une consultation en présentiel.

La téléexpertise met en relation un médecin requérant et un médecin expert. C'est la mise en place d'un nouveau type de réseau de soins. Le médecin traitant requérant reste central dans la relation au patient et prend ses décisions thérapeutiques aidées par un expert dermatologue.

L'avenant 9 de la Convention médicale a créé des actes en tiers payant depuis le 1^{er} avril 2022 pour rémunérer la téléexpertise.

Mode de fonctionnement

Le médecin requérant prend pendant la consultation une ou plusieurs photos de la dermatose avec son smartphone après avoir demandé le consentement de son patient.

Il remplit un questionnaire auquel il joint les photos et envoie le tout sur une plate-forme sécurisée pour les données de santé.

Le médecin expert dermatologue donne son avis, en précisant la conduite à tenir et le diagnostic, la nécessité de la prise en charge par un dermatologue ou non, d'une biopsie ou d'une intervention.

La téléexpertise permet de réaliser un véritable tri pour éviter les retards de prise en charge préjudiciables et sélectionner les patients qui nécessitent une consultation dermatologique.

Le médecin requérant est rémunéré par la CPAM 10 euros par demande, en tiers-payant. Le code de tarification est RQD.

Le médecin expert est rémunéré par la CPAM 20 euros par réponse, en tiers-payant. Le code de tarification est TE2.

L'expérience bourguignonne

Quelques collègues de Bourgogne (Docteur Jean Friedel autour de Chalon-sur-Saône) pratiquent depuis quelques années la téléexpertise pour les tumeurs cutanées avec le soutien de l'ARS de Bourgogne.

Ils travaillent avec une trentaine de centres requérants.

En 2021, ils ont pratiqué 1 225 téléexpertises, uniquement pour des tumeurs cutanées.

37 % de ces téléexpertises ont abouti à un acte chirurgical, dans 70 % des cas il s'agissait d'une tumeur cancéreuse, dont 4 mélanomes. La perte de chance pour les patients liée à une prise en charge trop tardive a donc été largement réduite.

La téléexpertise n'a été suivie que dans 40 % des cas d'une consultation en présentiel, principalement pour un geste chirurgical. Environ 60 % des patients ont donc pu être pris en charge par leur médecin traitant, évitant le déplacement inutile du patient, permettant de garder des plages de consultation chez les dermatologues et induisant une économie importante de santé publique.

La téléexpertise apporte une réponse au besoin de sélectionner au mieux les patients qui nécessitent une consultation dermatologique.

Elle peut se faire au cabinet ou ailleurs, en dehors des horaires de consultation.

Nos collègues bourguignons ont mesuré le temps nécessaire à une téléexpertise. Il est de 3'45 en moyenne, rémunérés 20 euros. C'est donc une activité qui peut rapidement devenir économiquement intéressante.

La téléexpertise peut être assurée en priorité par les dermatologues du département ou, s'ils préfèrent, ce tri peut être fait par des dermatologues d'autres régions. Par contre, les consultations nécessaires, les biopsies, les excrèses doivent être effectuées par des dermatologues ou des chirurgiens plasticiens qui soient dans la même région géographique.

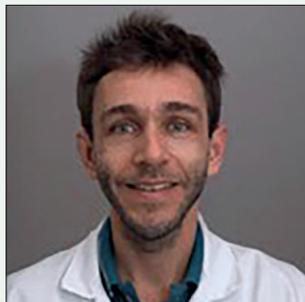
Avisdoc, un outil de téléexpertise conçu par des médecins pour les médecins



Avisdoc est une solution de téléexpertise conçue par des dermatologues, soutenue par l'Association de Recherche Robert Debré.

Elle a un Comité Scientifique issu de l'Hôpital Saint-Louis.

Comité Scientifique :



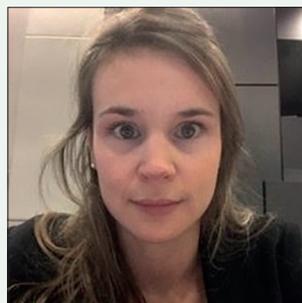
Pr Jean-David Bouaziz



Pr Céleste Lebbé



Dr Barouyr Baroudjian



Dr Marie Jachiet



Figure 1. Mélanome Breslow 1 mm diagnostiqué par téléexpertise.

Avisdoc a créé une plate-forme sécurisée qui met en relation le médecin requérant et le dermatologue expert.

Le médecin requérant y trouve un questionnaire à remplir en fonction de chaque situation pathologique, dermatose inflammatoire ou tumorale, qui permettra à l'expert de répondre au mieux.

Tout médecin peut s'inscrire sans aucune formation préalable. Les photos sont prises avec un smartphone.

Le dermatologue expert rend son avis rapidement.

Cette solution informatique existe sur ordinateur, tablette et smartphone.

Elle est hébergée sur des serveurs agréés Santé en France et respecte les règles de RGPD.

Une première expérimentation avec six médecins généralistes de la Nièvre a permis en deux mois de donner plus de 60 avis et de détecter deux mélanomes (figure 1), sept carcinomes basocellulaires, trois carcinomes épidermoïdes, plusieurs kératoses actiniques, de rassurer de nombreux patients sur la bénignité de leurs lésions, d'accompagner des médecins traitants dans la prise en charge de dermatoses inflammatoires et d'éviter plus de 50 % de consultations en présentiel pour les dermatologues, permettant de réaliser un tri pour prendre en charge les patients qui le nécessitent réellement.

Nous nous sommes rendu compte dans cette courte expérience que la téléexpertise avait un rôle d'enseignement aussi pour nos collègues généralistes et que les photos prises avec un smartphone étaient de bonne qualité permettant de donner un avis.

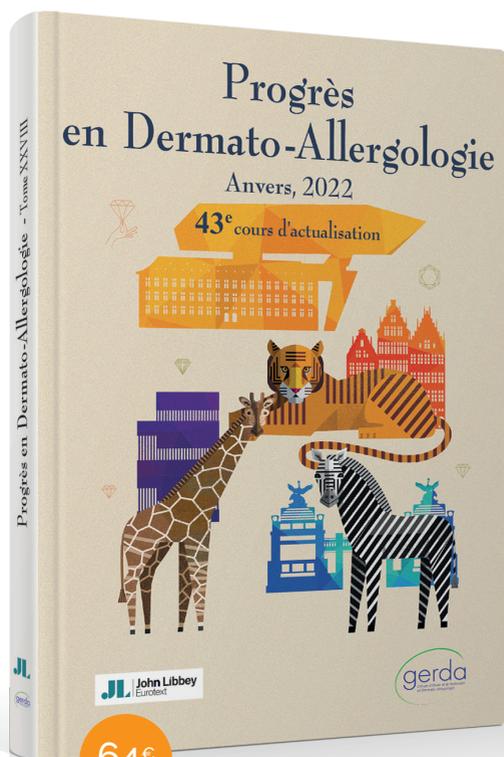
Nous avons réussi à mettre en place une prise en charge chirurgicale des patients qui le nécessitaient dans le département.

Pour en savoir plus www.avisdoc.fr

Liens d'intérêt : l'auteur est Président de la Société Avisdoc.

Progrès en Dermato-Allergologie

43^e Cours d'actualisation, Gerda 2022



64^e

20 octobre 2022
17 x 25 cm • 256 pages
978-2-7420-1713-3

John Libbey
Eurotext

Le Groupe d'études et de recherches en dermato-allergologie (GERDA) organise chaque année son congrès d'actualisation des connaissances de la discipline.

Le «Cours» qui en est issu est une référence en la matière, très attendu des spécialistes, novices et expérimentés. Il fait état des progrès réalisés dans le domaine, indispensables à la compréhension de la dermato-allergologie, autour de deux maîtres-mots: «innovation et controverses».

- Cosmétiques
- Urticaire et angioœdème
- Les mains (d'Anvers)
- Dermatite atopique
- Photoallergie et phototoxicité
- Sujets controversés et complexes
- Actualités et innovations
- Toxidermies et drogues
- Quoi de neuf

En
savoir
+



libraiemedicale.com

Coordinateur: Pr Olivier Aerts,
Hôpital universitaire d'Anvers, Belgique

libraiemedicale.com

Livres



Ebooks



Chapitres
à l'unité



Livraison à 0.01 €
selon destination



Plus de
800 ouvrages



Expédition
sous 24h



Livraison adaptée
domicile / travail / retrait



Paiement sécurisé
CB / Virement / chèque, ...



Service client
à votre écoute

John Libbey
Eurotext

Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6/01/1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant. Pour l'exercer, adressez-vous aux Éditions John Libbey Eurotext - Bât. A / 30 rue Berthollet, 94110 Arcueil, France • RCS Créteil 328 195 904 • APE: 5814Z / SIRET: 328 195 904 00045. contact@jle.com

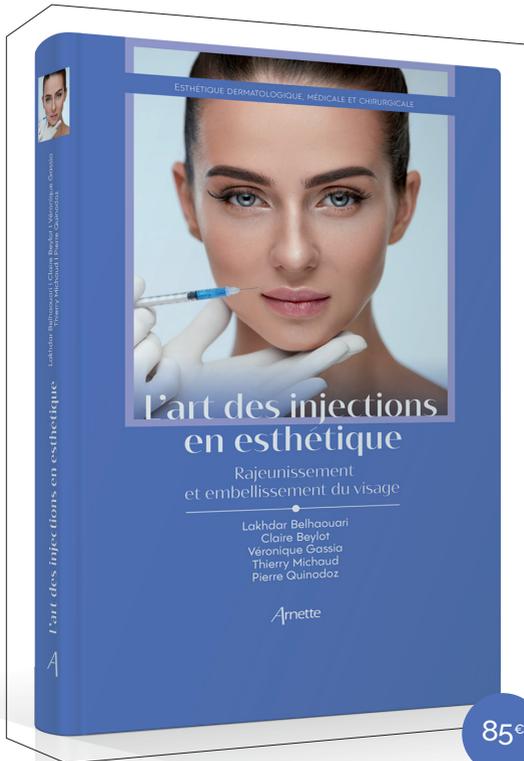
La librairie médicale
scientifique
de John Libbey Eurotext



L'art des injections en esthétique

Rajeunissement et embellissement du visage

L'expertise de sa pratique, tel est le désir du praticien. Cet ouvrage complet, richement illustré et à la pointe des techniques les plus récentes lui permettra d'atteindre cet objectif



85€

L'essence même de « L'art des injections en esthétique » est de lui donner tous les éléments pour bien poser l'indication, déterminer quoi, comment et où injecter, comprendre ce qu'il faut éviter, pallier les effets indésirables, éviter bon nombre de complications et savoir les traiter.

- > Un « pas à pas » précis et pédagogique pour chaque technique d'injection d'acide hyaluronique et de toxine botulique
- > Une démarche guidée par le souci constant de recherche d'excellence, de qualité, de sécurité, d'éthique et de réponse aux attentes du patient
- > L'abord de nouveaux concepts : myomodulation et morphoesthétique faciale
- > Une iconographie riche et incomparable : schémas, images, photos de techniques et de dissection sur spécimens frais
- > Le partage d'expérience de cinq auteurs internationalement reconnus

Lakhdar Belhaouari, Chirurgien plastique et esthétique, Toulouse
Claire Beylot, Dermatologue, Professeur émérite, Université de Bordeaux
Véronique Gassia, Dermatologue, Toulouse
Thierry Michaud, Dermatologue, Mulhouse
Pierre Quinodoz, Chirurgien plastique et esthétique, Cologny et Meyrin, Genève, Suisse

Collection Esthétique dermatologique, médicale et chirurgicale
Janvier 2021 • 17 x 24 cm • 312 pages
978-2-7184-1591-8

Sommaire synthétique (voir sommaire détaillé au verso)

| 1 | Éthique et esthétique | 2 | Anatomie | 3 | Dynamique faciale et anatomie expressive
| 4 | Vieillesse et rides du visage | 5 | Toxine botulique | 6 | Acide hyaluronique
| 7 | Particularités morphologiques du visage masculin pour le rajeunissement facial
| 8 | Techniques combinées et prévention du vieillissement facial | 9 | Prise en charge du patient esthétique et informations

En
savoir
+

librairiemedicale.com



librairiemedicale.com

Livres



Ebooks



Chapitres
à l'unité



Livraison à 0.01 €
selon destination



Plus de
800 ouvrages



Expédition
sous 24h



Livraison adaptée
domicile / travail / retrait



Paiement sécurisé
CB / Virement / chèque, ...



Service client
à votre écoute

Arnette

John Libbey
Eurotext

Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6/01/1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant. Pour l'exercer, adressez-vous aux Éditions John Libbey Eurotext - Bât. A / 30 rue Berthollet, 94110 Arcueil, France • RCS Créteil 328 195 904 • APE: 5814Z / SIRET: 328 195 904 00045 contact@jle.com

La librairie médicale
&
scientifique
de John Libbey Eurotext

encart SFME_092022



NEOPUR, le nouveau rituel antipelliculaire équilibrant adapté à la nature des pellicules et du cuir chevelu

Rémi Maghia

CHRU de Brest, Service de dermatologie,
avenue Foch, 29200 Brest
r.maghia@cegetel.net

Introduction

Dans les états pelliculaires, le renouvellement des cellules s'accélère et ne dure plus que de 7 à 10 jours au lieu de 21. Les cellules mortes s'amassent et forment des agrégats visibles, ce sont les pellicules. Elles seront sèches ou grasses selon la nature du cuir chevelu.

Un cuir chevelu en bonne santé se caractérise par l'équilibre des micro-organismes qui y vivent, mais celui-ci peut être rompu et certaines espèces vont alors proliférer aux dépens d'autres. NEOPUR, 100 % d'origine naturelle, assainit le cuir chevelu et rééquilibre sa flore microbienne. Grâce à sa formule nettoyante douce, adaptée aux différents types de pellicules, le cuir chevelu retrouve son équilibre naturel et les pellicules disparaissent durablement.

Prévalence des pellicules

De façon ponctuelle ou chronique, les pellicules concernent 40 à 50 % de la population adulte mondiale (une personne sur deux en France), soit 58 % des hommes et 49 % des femmes. En Europe, elles génèrent 18 % du marché capillaire en pharmacie en volume [1, 2] et constituent la première préoccupation des consommateurs chinois [3] et américains [4].

Selon une enquête Beauty Survey menée dans différents pays (tableau 1), le dernier shampooing acheté était un antipelliculaire pour 28 % à 47 % des hommes contre 12 % à 35 % des femmes [5].

Tableau 1. Achats de shampooings antipelliculaires dans différents pays [4].

	Hommes	Femmes
Chine	46,7 %	34,5 %
Corée du sud	36,8 %	21,1 %
Italie	39,5 %	12 %
France	28,4 %	12,6 %
Allemagne	27,6 %	12,6 %

Physiopathologie de la formation des pellicules

Une accélération du renouvellement des cellules du cuir chevelu

La durée normale du renouvellement des cellules du cuir chevelu est de 21 jours. Sur un cuir chevelu sain, la desquamation des cornéocytes est un phénomène invisible en raison de la petitesse des agrégats (30 microns environ). Dans les états pelliculaires, le renouvellement des cellules s'accélère et ne dure plus que de 7 à 10 jours. Les cellules mortes s'amassent, les agrégats peuvent atteindre une taille supérieure à 200 microns et deviennent donc visibles en formant les pellicules ou *Pityriasis Capitis* [6].

Il a été montré que le processus de formation des pellicules est associé à une rupture de l'équilibre entre les espèces de micro-organismes présentes au niveau du cuir chevelu avec, notamment, une prolifération des levures *Malassezia restricta*.

Ce processus implique également différents facteurs favorisants comme :

- les sécrétions hormonales ;
- le stress, la fatigue, le manque de soleil (changement des saisons), l'alimentation ;
- la pollution, l'eau calcaire, une eau et un sèche-cheveux trop chauds ;
- des shampooings inadaptés, trop fréquents ;
- certaines maladies ou traitements médicamenteux [6].

Caractérisation des pellicules sèches et pellicules grasses

Il existe deux types de pellicules selon la nature du cuir chevelu concerné : les pellicules sèches et les pellicules grasses. Un cuir chevelu sec sera associé à des pellicules sèches.

Les pellicules sèches

Elles sont les plus fréquentes et apparaissent principalement entre 15 et 30 ans. Elles se présentent sous l'aspect d'une poudre sèche, fine, blanche ou grisâtre (*figure 1*). Elles n'adhèrent pas au cuir chevelu et il suffit de gratter légèrement pour qu'elles tombent. Elles ne provoquent ni érythème ni suintement, mais peuvent toutefois provoquer des irritations [6].

Les pellicules grasses

Les pellicules grasses se présentent sous forme de squames jaunâtres qui adhèrent au cuir chevelu et forment des amas ou des plaques visibles à l'œil nu (*figure 2*). Agglomérées entre elles par le sébum, les pellicules grasses sont beaucoup plus grosses que les pellicules sèches. Les plaques compactes adhérentes au cuir chevelu peuvent obstruer les pores de l'épiderme et colmater la base du cheveu. Elles pourraient ainsi causer la chute de ce dernier. Plus la sécrétion du sébum est importante, plus les pores de l'épiderme vont être obstrués. Plus les pores de l'épiderme sont obstrués, plus les sébocytes produisent du sébum, cette augmentation entraînant une inflammation. Ici encore, nous nous trouvons face à un cercle vicieux. Les pellicules grasses se trouvent principalement dans les zones rétro-auriculaires et temporales et sont associées à des démangeaisons [6].



Figure 1. Pellicules sèches : aspect d'une poudre sèche, fine, blanche ou grisâtre qui n'adhère pas au cuir chevelu [6].

Importance de l'équilibre du microbiome du cuir chevelu

Microbiome et microbiote

Le terme microbiome (du grec *micro*, « petit », et *bio*, « vie ») désigne un écosystème constitué de l'ensemble des microorganismes vivant chez un hôte (ou microbiote) et de l'environnement dans lequel ils vivent. Ainsi nous avons des microbiomes cutanés, un microbiome intestinal et un microbiome du cuir chevelu.

Le microbiote du cuir chevelu est composé de bactéries (principalement *Cutibacterium acnes* et *Staphylococcus epidermidis*) et de levures lipophiles (*Malassezia restricta* et *Malassezia globosa*).

Ces microorganismes se nourrissent des molécules que nous sécrétons et, en retour, stimulent notre système immunitaire et renforcent notre barrière cutanée, nous protégeant des pathogènes et produisant des composés indispensables au maintien du pH de la peau [7].

Rôle de la proportion des différentes populations du microbiome du cuir chevelu

Un cuir chevelu en bonne santé se caractérise par un microbiome équilibré, mais cet équilibre peut être rompu et certaines espèces peuvent alors proliférer aux dépens d'autres. Ainsi, les levures *Malassezia restricta* prennent l'ascendant sur les bactéries *Cutibacterium acnes* et sur la levure *M. globosa* dans les états pelliculaires (*figure 3*). Un objectif déterminant de la guérison à long terme des pellicules va par conséquent être de rééquilibrer le microbiome du cuir chevelu [7].



Figure 2. Pellicules grasses : elles ont un aspect de squames grasses, jaunâtres, amalgamées par du sébum et adhérentes aux cheveux [6].

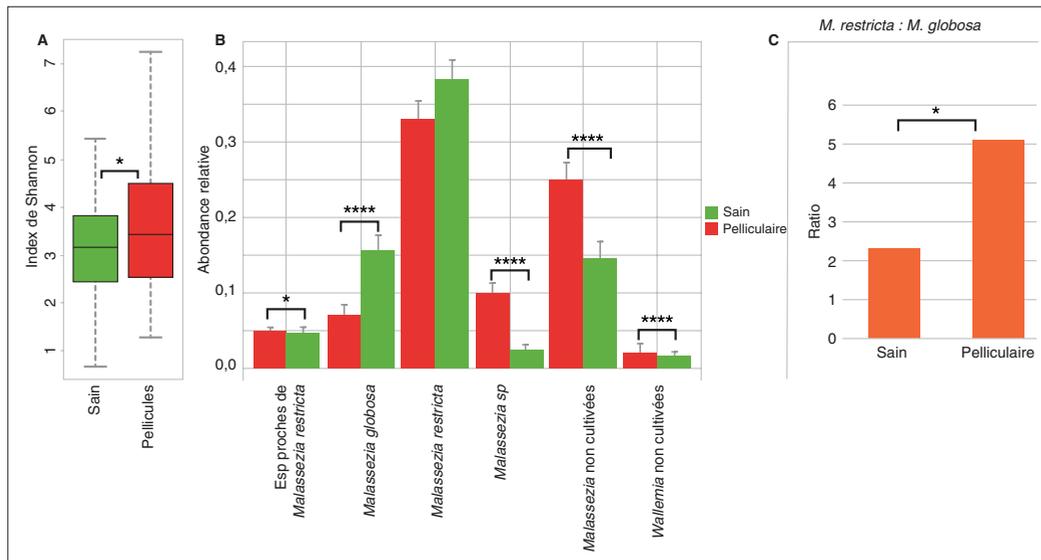


Figure 3. Diversité des espèces et composition du microbiome fongique dans le cuir chevelu sain et pelliculaire [6]. (A) Indice de diversité de Shannon pour la population fongique observée dans le cuir chevelu sain et pelliculaire ($*p \leq 0,05$). (B) Abondance relative moyenne des cinq principales espèces fongiques dans le cuir chevelu sain et pelliculaire ($****p \leq 0,0001$, $*p \leq 0,05$, test de Wilcoxon) ; *M. furfur*, *M. obtusa*, *M. pachydermatis* et *M. caprae* ont également été identifiées, mais en moindres abondances. (C) Différences dans le ratio de *Malassezia restricta* et *Malassezia globosa* dans le cuir chevelu sain et pelliculaire ($*p \leq 0,05$).

Nouvelles attentes des consommateurs : des shampooings antipelliculaires naturels et respectueux du cuir chevelu

Les shampooings antipelliculaires disponibles contiennent généralement des actifs chimiques comme le kétoconazole, la pyrithione de zinc, la piroctone olamine, le sulfure de sélénium, etc. Les consommateurs sont aujourd'hui en attente d'alternatives thérapeutiques naturelles. Celles-ci sont perçues comme étant plus efficaces et moins nocives que les produits conventionnels dont la durée d'efficacité est jugée trop courte [6].

Ainsi, les solutions antipelliculaires basées sur des actifs naturels représentent 46,3 % des antipelliculaires consommés en France [8] et 75 % des Français déclarent souhaiter le développement de produits écologiques et naturels [9].

NEOPUR, une association d'actifs antipelliculaires 100 % d'origine naturelle

NEOPUR, la nouvelle réponse René Furterer, est une association d'actifs entièrement d'origine naturelle composée d'extraits de gingembre sauvage et de céleri.

Extrait de gingembre sauvage : antifongique anti-malassezia Le gingembre sauvage

Le gingembre sauvage (*Zingiber zerumbet*) est une plante tropicale originaire d'Inde. Outre son utili-

sation comme condiment, le rhizome est employé traditionnellement par voie orale ou locale dans le traitement des indigestions, douleurs, rages de dents, etc. [6] Un extrait de *Zingiber zerumbet*, collecté de façon responsable, est obtenu du rhizome par extraction au CO₂ supercritique, une technique largement utilisée dans les industries alimentaires, pharmaceutiques et la parfumerie : le CO₂ comprimé jusqu'à liquéfaction est un excellent solvant des molécules liposolubles ; inerte, il réagit peu avec les molécules extraites et ne laisse aucun résidu puisqu'il est évaporé en fin de process et capté pour être réutilisé.

Antifongique assainissant, anti-malassezia

Il a été montré que l'extrait de gingembre sauvage exerce une action assainissante antifongique anti-malassezia avec une efficacité au moins équivalente à celle de la pyrithione de zinc dans les modèles mis en œuvre (figure 4) [6, 10].

Extrait de céleri : une triple action antipelliculaire

Le céleri, ou *Apium graveolens*, fait partie de la famille des Apiacées qui comprend beaucoup d'autres comestibles (carotte, coriandre, etc.). L'extrait de céleri est obtenu à partir des graines de la plante par extraction au CO₂ supercritique.

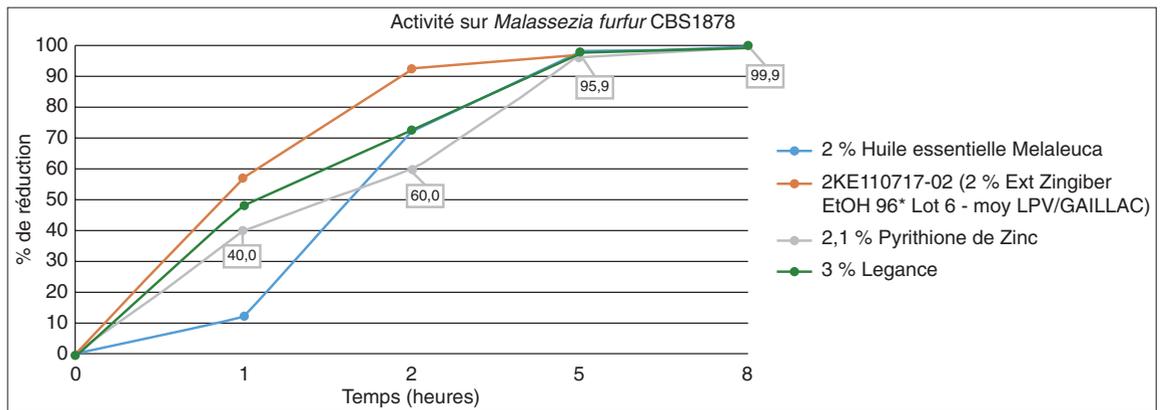


Figure 4. Efficacité sur le *Malassezia furfur* équivalente à celle du pyrithione de zinc [10].

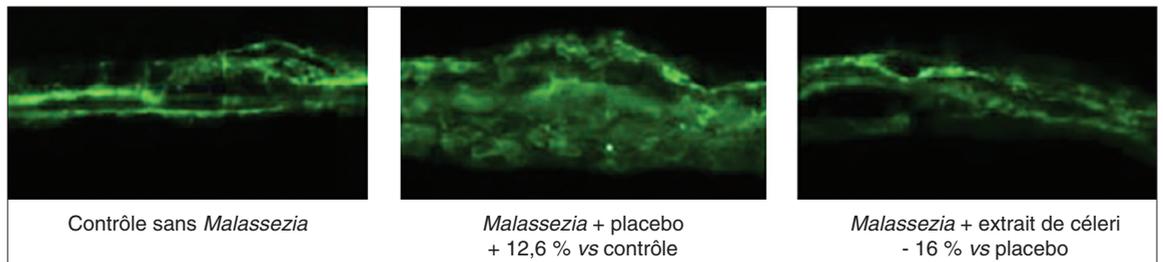


Figure 5. Effet de l'extrait de céleri sur la réponse inflammatoire par modulation de l'expression de TLR9 (récepteur des *Malassezia*) dans les couches supérieures d'explants cutanés ($\times 250$) [11].

Apaisant, anti-démangeaisons

L'extrait de céleri diminue les démangeaisons en inhibant la production d'IL-8 (cytokine pro-inflammatoire) et de TLR9 (récepteur déclenchant la réaction inflammatoire au contact des *Malassezia*) [11].

Action sur l'IL-8

Les levures excrètent des sous-produits lipidiques (SPL) irritants. Ces derniers augmentent la production d'IL-8 par les kératinocytes dans les états pelliculaires (+ 62 % ; $p < 0,01$). Il a été montré que l'extrait de céleri réduit nettement et significativement cette surproduction de 40 à 65 % ($p < 0,01$) [11].

Action sur le récepteur microbien TLR9

Les cellules épithéliales possèdent à leur surface externe ou à la surface de leurs endosomes des récepteurs appelés *Toll-Like* (ou TLR) qui jouent un rôle crucial dans l'immunité innée de la peau. Le TLR-9 se retrouve notamment dans les kératinocytes et est impliqué dans la reconnaissance de différentes levures dont

Malassezia furfur et *Malassezia globosa*, responsables de la formation des pellicules.

Une étude *in vitro* a été menée en vue de mesurer l'effet de l'extrait d'*Apium graveolens* sur l'expression de TLR9 par des explants de peau préalablement mis en contact avec *Malassezia*. Le contact avec la levure a augmenté le marquage de TLR-9 dans les explants, mais l'extrait de graines de céleri a permis un contrôle significatif de cette augmentation (- 16 %) par rapport au placebo ($p < 0,01$) [11] (figure 5).

Kératorégulateur

L'extrait de céleri limite la desquamation en freinant l'activité des protéases impliquées dans ce processus. La desquamation est sous la dépendance des KLK (*Kallikrein-related peptidases*) dont l'activité est régulée par SPINK5 (*Serine Protease Inhibitor Kazal-type 5*). La perte de fonction du SPINK5 provoque un hyper-peeling des cellules immatures et une perte de l'homéostasie de la couche cornée.

Une perte d'intégrité de la barrière cutanée est souvent observée dans les états pelliculaires.

La division des cellules de la couche basale de l'épiderme devient trop rapide, elles n'ont pas le temps de terminer leur maturation et de se développer en cornéocytes.

Des tests *in vitro* et *in vivo* ont montré que l'extrait de céleri renforce la barrière cutanée, notamment en stimulant la synthèse de SPINK5 [11].

Renforcement de la barrière du cuir chevelu et contrôle du microbiome du scalp

Dans les états pelliculaires, le cuir chevelu est caractérisé par des cellules peu différenciées, peu cornifiées et moins cohésives, ainsi que par des taux abaissés de lipides de type céramide, une perte accrue en eau transépidermique et une perturbation de l'hydratation [11].

Renforcement de la barrière du cuir chevelu

L'involucrine, la loricrine, la filaggrine, la LVE3B (« *Late Cornified Envelope protein 3B* ») et la SPRR (« *Small proline-rich region protein* ») sont des protéines responsables de la fonction barrière du *stratum corneum*. Une étude des variations de ces marqueurs protéiques a montré que l'extrait de céleri favorise la synthèse de ces protéines et ainsi, le renforcement et la restauration de la barrière cutanée [11].

L'étude par biopuce à ADN a montré que l'extrait de céleri induit le gène *CYP51A1* qui code pour une protéine de la famille du cytochrome P450 participant à la synthèse du cholestérol. On note, en outre, l'augmentation des lipides neutres

et du céramide 2, qui sont également des composants de la barrière cutanée altérés dans les états pelliculaires [11].

Contrôle du microbiome du scalp

– Diminution de la synthèse des lipides dans le sébocyte

Un cuir chevelu gras est consécutif à une surproduction de sébum par les sébocytes. Le sébum agglomère les peaux mortes et retient les bactéries et les levures comme *Malassezia furfur* qui s'en nourrissent et prolifèrent [11].

Une étude a montré que l'exposition de sébocytes humains à l'extrait d'*Apium graveolens* permet de réduire significativement et de manière dose-dépendante la quantité de lipides dans les cellules productrices de sébum (tableau 2) [11].

– Augmentation de la production du peptide antimicrobien hBD2

Le cuir chevelu produit des peptides antimicrobiens (PAM) comme le peptide bêta-défensine 2 (hBD2) qui réduisent la prolifération des bactéries et levures.

Des kératinocytes humains ont été cultivés en présence d'extrait d'*Apium graveolens*, puis les taux de hBD2 ont été mesurés par ELISA. L'extrait a permis d'augmenter de manière significative et dose-dépendante la production de hBD2 et ainsi, d'inhiber la prolifération de micro-organismes impliqués dans les pellicules (tableau 3) [11].

Tableau 2. Réduction de la synthèse lipidique dans les sébocytes en présence d'extrait d'*Apium graveolens* [10].

		Lipides ; AFU*/10 ⁶ cellules	Variation (%)
Témoins		282 975 ± 11 632	Référence
	8 ppm	255 691 ± 7 322	– 10 % ; p < 0,05
Extraits d' <i>Apium graveolens</i>	16 ppm	198 976 ± 9 368	– 30 % ; p < 0,01
	24 ppm	169 424 ± 433	– 40 % ; p < 0,01

* AFU : unité de fluorescence arbitraire.

Tableau 3. Modulation de la production du peptide antimicrobien hBD2 dans les kératinocytes après contact avec l'extrait d'*Apium graveolens* [10].

		HBD2 ; pg/ml/10 ⁶ cellules	Variation (%)
Témoins		205 ± 55	Référence
	8 ppm	317 ± 36	+ 55 % ; p < 0,05
Extraits d' <i>Apium graveolens</i>	16 ppm	385 ± 35	+ 88 % ; p < 0,01
	24 ppm	447 ± 36	+ 118 % ; p < 0,01

Cuirs chevelus à pellicules grasses ou sèches : des microbiotes différents

Une étude a comparé les microbiotes de cuirs chevelus à pellicules grasses (n = 16) à ceux de patients à pellicules sèches (n = 17) chez des hommes et femmes âgés de 18 à 60 ans, présentant des états pelliculaires légers à modérés [12].

Ce travail a montré que les différences cliniques observées entre les cuirs chevelus à pellicules grasses et sèches sont liées à des différences au niveau du microbiote du cuir chevelu. Les levures de la famille des *Mallasseziaceae* étaient plus abondantes sur les cuirs chevelus à pellicules grasses, alors que le genre *Filobasidium* était plus abondant sur les cuirs chevelus à pellicule sèches. Cette étude confirme l'intérêt d'utiliser un shampooing

spécifique pour le traitement des pellicules sèches et des pellicules grasses.

NEOPUR, une efficacité démontrée en étude clinique

NEOPUR est disponible en deux shampooings adaptés à la nature des pellicules et du cuir chevelu :

- un shampooing antipelliculaire équilibrant pour pellicules grasses et cuir chevelu gras ;
- un shampooing antipelliculaire équilibrant pour pellicules sèches et cuir chevelu sec.

L'impact de ces traitements différenciés a été mesuré chez des patients avec pellicules grasses et sèches [12, 13].

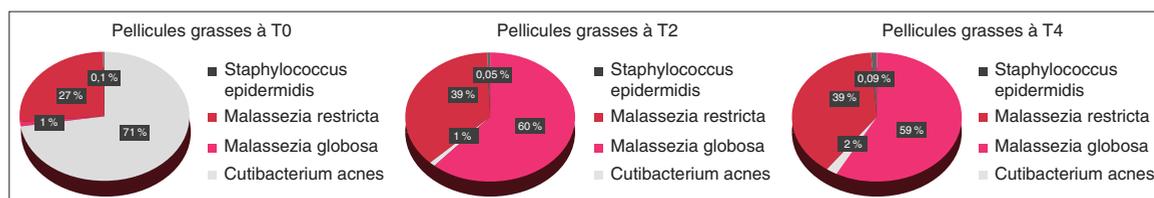


Figure 6. Pellicules grasses : évolution de la proportion des principales espèces d'intérêt du microbiote au cours du traitement [12, 13].

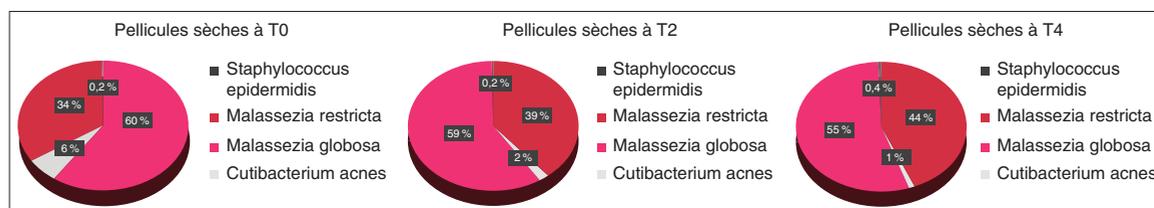


Figure 7. Pellicules sèches : évolution de la proportion des principales espèces d'intérêt du microbiote au cours du traitement [12, 13].

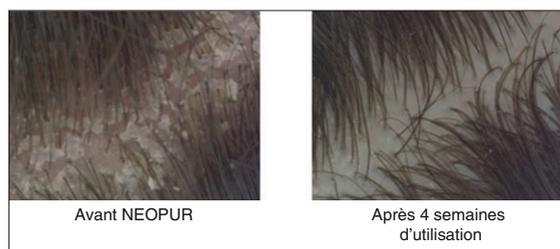


Figure 8. Étude clinique : images de trichoscopie grossièrement x50, établissant l'efficacité antipelliculaire de NEOPUR chez 16 sujets avec pellicules grasses après quatre semaines de traitement [12, 13].



Figure 9. Étude clinique : trichoscopie établissant l'efficacité antipelliculaire de NEOPUR chez 16 sujets avec pellicules sèches après deux semaines de traitement [12, 13].

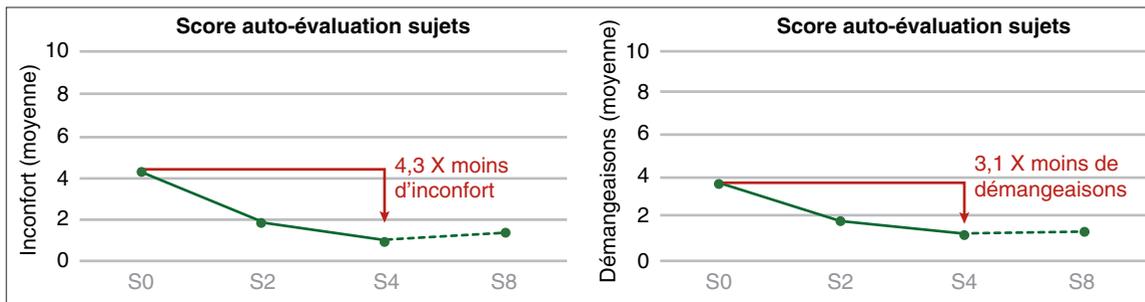


Figure 10. Évolution des inconforts et démangeaisons du cuir chevelu chez les patients avec pellicules grasses [12, 13].

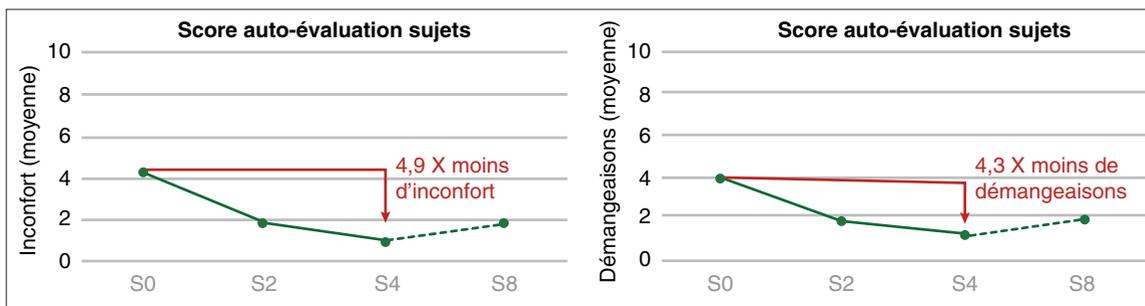


Figure 11. Évolution des inconforts et démangeaisons du cuir chevelu chez des patients avec pellicules sèches [12, 13].

Rééquilibrage du microbiome

Pellicules grasses

Le suivi de l'évolution des principales espèces d'intérêt du microbiote au cours du traitement a montré une diminution de la population de *Malassezia restricta* au profit de la population de *Cutibacterium acnes* aboutissant au rééquilibrage du microbiome après quatre semaines d'utilisation (figure 6).

Pellicules sèches

Le suivi de l'évolution de la proportion des principales espèces d'intérêt du microbiome au cours du traitement a montré une diminution des proportions de *Malassezia restricta* et *Malassezia globosa*, ainsi qu'un renforcement de *Cutibacterium acnes* par rapport à *M. restricta* aboutissant à un rééquilibrage du microbiome dès deux semaines de traitement (figure 7) [12, 13].

Efficacité antipelliculaire

L'étude de l'efficacité antipelliculaire menée chez 16 sujets à pellicules grasses et chez 17 sujets avec pellicules sèches pendant quatre semaines plus quatre semaines de rémanence a montré une efficacité antipelliculaire chez 100 % des sujets avec un taux de 100 % de satisfaction après quatre semaines d'utilisation (figures 8 et 9). Il y a eu

persistance de l'effet jusqu'à quatre semaines après l'arrêt du traitement antipelliculaire [12, 13].

Efficacité sur l'inconfort et les démangeaisons

Pellicules grasses

Diminution significative des sensations d'inconfort et des démangeaisons du cuir chevelu durant la phase de traitement à deux et quatre semaines par rapport à l'inclusion. Cet effet a été maintenu durant la phase de rémanence jusqu'à quatre semaines après l'arrêt du traitement antipelliculaire (figure 10) [12, 13].

Pellicules sèches

L'évolution des scores d'auto-évaluation des sujets a montré une diminution significative des sensations d'inconfort (4,9 fois moins) et des démangeaisons du cuir chevelu (4,3 fois moins) durant la phase de traitement à deux et quatre semaines par rapport à l'inclusion. Ces bénéfices se sont maintenus durant la phase de rémanence de l'étude, jusqu'à quatre semaines après l'arrêt du traitement antipelliculaire (figure 11) [12, 13].

La tolérance a été jugée très bonne (n = 121), le traitement a respecté l'intégrité de la barrière cutanée et a favorisé le rééquilibrage du microbiote du cuir chevelu.

POINTS-CLÉS

- Les pellicules constituent une affection bénigne mais gênante et très répandue.
- Les consommateurs sont en attente de traitements naturels, bien tolérés et efficaces à court et long termes.
- Les pellicules sèches ou grasses sont consécutives à un déséquilibre de la flore microbienne et à une altération de la fonction barrière du cuir chevelu.
- NEOPUR est un shampoing antipelliculaire enrichi en un extrait de gingembre sauvage (*Zingiber zerumbet*) et un extrait de graines de céleri (*Apium graveolens*).
- Des études *in vitro* ont démontré que :
 - l'extrait de gingembre sauvage a une action assainissante antifongique anti-malassezia avec une efficacité au moins équivalente à celle de la pyrithione de zinc ;
 - l'extrait de céleri a une action apaisante, anti-démangeaisons, il est kératogulateur, renforce la barrière cutanée et contribue à restaurer l'équilibre du microbiome du scalp.
- Des études cliniques ont montré que NEOPUR assainit le cuir chevelu tout en rééquilibrant son microbiome.

Conclusion

L'équilibre entre les espèces de micro-organismes présentes au niveau du cuir chevelu joue un rôle déterminant dans l'apparition des pellicules. Ainsi, les pellicules sèches et grasses se distinguent notamment par le profil de leur microbiome, ce qui souligne l'intérêt d'utiliser un shampoing spécifique pour le traitement des unes ou des autres. NEOPUR, la nouveauté de René Furterer, répond à ces besoins spécifiques en proposant deux formules différentes de shampoing antipelliculaire équilibrant : l'une ciblant les pellicules sèches, l'autre ciblant les pellicules grasses. Ces formules sont enrichies en extrait de gingembre sauvage et de graines de céleri, 100 % d'origine naturelle, qui ont une capacité démontrée à soulager les différentes composantes des états pelliculaires : contrôle du microbiome du scalp, action apaisante, anti-démangeaison et kératogulatrice, renforcement de la barrière du cuir chevelu et régulation de la synthèse lipidique dans les sébocytes.

Au final, les études cliniques ont montré que NEOPUR assainit le cuir chevelu tout en rééquilibrant son microbiome. Grâce à sa formule nettoyante douce, le cuir chevelu retrouve son équilibre naturel et les pellicules grasses ou sèches disparaissent durablement. 

Soutien : Cet article a été soutenu de façon institutionnelle par les laboratoires René Furterer (Pierre Fabre).

Liens d'intérêts : l'auteur déclare les liens d'intérêts suivants en rapport avec l'article : interventions ponctuelles pour René Furterer.

Références :

- 1- IQVIA - Données brutes mensuelles en volume cumul fixe à fin décembre 2020 - Circuit de la Pharmacie, Europe.
- 2- IQVIA - Données brutes mensuelles en volume cumul fixe à fin décembre 2020 - Circuit de la Pharmacie, France.
- 3- MINTEL - Haircare - China - Topline Questions, January 2020.
- 4- Kantar, Consumer insight 2019.
- 5- EUROMONITOR Beauty survey 2020 - When you last purchased a shampoo, which product features most influenced your choice? Anti-dandruff.
- 6- Extrait de Zingiber zerumbet pour lutter contre les pellicules. WO2020/115159. 11.06.20.
- 7- Saxena R, Mittal P, Clavaud C, *et al.* Comparison of Healthy and Dandruff Scalp Microbiome Reveals the Role of Commensals in Scalp Health. *Front Cell Infect Microbiol* 2018 ; 8 : 346.
- 8- Part de voix du nombre de mentions entre les antipelliculaires et les antipelliculaires naturels, entre le 01.02.2017 au 31.01.2019, tous supports confondus, Etude web listening & Search, antipelliculaire, France Février 19, Opinionway pour Pierre Fabre.
- 9- Observatoire des Cosmétiques, Etude « Post Covid-19 : les Français et l'environnement », 28.09.2020.
- 10- Evaluation de l'efficacité assainissante sur *M.fufur* *in vitro* aux conditions d'utilisations usuelles. WO2020/115159. 11.06.20.
- 11- Topical cosmetic treatment of skin and scalp and corresponding active ingredient based on an extract of *Apium graveolens*. International Publication Number WO 2016/157073 Al. 06.10.2016.
- 12- Maître M, Gravier E, Lévêque M, *et al.* R&D Pierre Fabre Center, Toulouse, France. Is scalp Microbiota different between dry and oily dandruff states? Poster 559, Annual SID Meeting 2022, Portland Oregon USA.
- 13- Froliher M, Turlier V, Maître M, *et al.* R&D Pierre Fabre Center, Toulouse, France. New shampoo targeting dry dandruff - evaluation program and results. Poster 305, Annual SID Meeting 2022, Portland Oregon USA.

Une histoire en or...

Marie-Sylvie Doutre

CHU de Bordeaux, Hôpital Saint-André,
Service de dermatologie
marie-sylvie.doutre@chu-bordeaux.fr

Cette femme de 65 ans était adressée pour une éruption cutanée, très prurigineuse, ayant débuté deux mois auparavant sur le tronc puis s'étant étendue sur les membres supérieurs et inférieurs (figures 1 à 3). L'examen clinique montrait des lésions diffuses, papuleuses, certaines violacées, d'autres pigmentées, isolées ou regroupées en placards. Il existait également quelques érosions des muqueuses jugales. La biopsie d'une papule montrait des images de lichen plan.

Dans les antécédents de cette patiente, on notait une polyarthrite rhumatoïde traitée par Allochrysine® (50 mg en injection IM hebdomadaire) depuis quatre mois quand était apparue l'éruption cutanée.

Les caractéristiques de l'éruption cutanée et les images histologiques faisaient évoquer **une toxidermie lichénoïde induite par les sels d'or** ou « lichen aurique ».



Figure 1. Lésions papuleuses, violines du thorax et des bras.



Figure 2. Lésions des plis axillaires.



Figure 3. Atteinte du dos des mains.

Malgré l'arrêt de l'Allochrysine® et un traitement par dermocorticoïdes, la disparition complète des lésions n'a été obtenue qu'après trois mois d'évolution.

C'est Forestier qui en 1928 propose de traiter la polyarthrite rhumatoïde (PR) par les sels d'or. Pendant une trentaine d'années, leur efficacité a fait l'objet de nombreux débats mais celle-ci a ensuite été bien confirmée par des études contrôlées [1].

C'est essentiellement l'Allochrysine® (aurothio-pronalolsulfonate) qui était prescrite en France, en injections intramusculaires, comme « traitement symptomatique d'action lente des rhumatismes inflammatoires, notamment de la PR ». Cette molécule a également été utilisée dans d'autres indications, notamment en dermatologie dans le lupus discoïde, le rhumatisme psoriasique et le pemphigus [2].

Les sels d'or étaient responsables de différents effets indésirables, hématologiques (anémie, leucopénie, thrombopénie), rénaux, hépatiques (hépatite cholestatique), pulmonaires (pneumopathie interstitielle), digestifs... et dermatologiques, les plus fréquents, jusqu'à 50 % des patients traités dans certaines études.

Sous le terme de « Gold dermatitis » [3], différents types de manifestations dermatologiques étaient décrits : prurit fréquent, parfois isolé, éruption pityriasis rosé-like, lésions eczématiformes peu spécifiques, urticaire, stomatite et toxidermie lichénoïde comme chez notre patiente, dans environ 25 % des cas [4].

Ces éruptions lichénoïdes, apparaissant de quelques semaines à plusieurs mois après le début de la chrysothérapie, pouvaient parfois avoir quelques particularités cliniques les distinguant du

lichen plan, topographie différente, association à des lésions eczématiformes, hyperpigmentation résiduelle plus marquée, atteinte muqueuse moins fréquente. De même, sur le plan histologique, les nécroses kératinocytaires étaient plus importantes, l'infiltrat dermique plus polymorphe dans les formes induites.

Malgré l'arrêt du traitement (qui n'était pas toujours fait) et des traitements symptomatiques, le plus souvent des dermocorticoïdes, l'éruption cutanée pouvait persister pendant plusieurs mois.

La distribution de l'Allochrysine® a été suspendue par l'Agence nationale de sécurité des médicaments (ANSM) en 2012. Les sels d'or ne sont plus mentionnés depuis de nombreuses années dans les recommandations nationales et internationales pour la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde, d'autant que de nouveaux traitements très efficaces, dont les biothérapies, en particulier les anti-TNF, sont disponibles.

Cependant, si les patients présentant une PR ne font plus de toxidermie lichénoïde avec les sels d'or, ce sont les anti-TNF qui peuvent en être responsables... [4].



Liens d'intérêts : l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

Références :

- 1- Mainland DR, Sutcliffe MI, O'Brien WM, Healey LA, Mikkeisen WM, Wallace SL. A controlled trial of gold salts therapy in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1973 ; 16 : 353-8.
- 2- Penneys NS. Gold therapy : dermatologic uses and toxicities. *J Am Acad Dermatol* 1979 ; 1 : 315-20
- 3- Penneys NS. Gold dermatitis : a clinical and histopathological study. *Arch Dermatol* 1974 ; 109 : 372-16.
- 4- Lizeaux-Parneix V, Bedane C, Lavignac C, Bernard P, Bonnetblanc JM. Réactions cutanées aux sels d'or. *Ann Dermatol Vénérol* 1994 ; 121 : 793-7. Erratum in: *Ann Dermatol Vénérol* 1995 ; 122 : 529. PMID: 7631987.
- 5- Oliveira SC, Vasconcelos AHC, Magalhães EPB, Corrêa FJV, Rodrigues CEM. Clinical, histopathological and outcome analysis of five patients with lichenoid eruptions following anti-tumor necrosis alpha therapy for ankylosing spondylitis : report of a case and review of the literature. *Cureus* 2020 ; 12 : e10598.

Lupus subaigu et sclérose combinée de la moelle induits par le protoxyde d'azote

Arnaud Lesueur

ASFORMED, service de médecine polyvalente.
Hôpital Bligny 91 640 Brüs sous Forges
a.lesueur@chbligny.fr

Cet article a reçu le Prix du meilleur cas clinique
Dermato Mag au Congrès de Rennes en juin 2022.

Nous remercions son auteur de nous permettre de
le publier dans nos colonnes.

La consommation détournée de protoxyde d'azote (N_2O), ou « gaz hilarant » est en constante augmentation ces dernières années. Son innocuité supposée banalise sa consommation à visée euphorisante ou anxiolytique, mais elle est pourtant responsable d'effets secondaires graves [1].

Une patiente de 19 ans sans antécédent, présentait une éruption cutanée évoluant depuis un mois, à type de maculo-papules érythémateuses annulaires de 2 à 8 centimètres de diamètre sur le tronc et les membres (*figure 1*) associée à une langue décapillée (*figure 2*). Elle décrivait la survenue concomitante de paresthésies avec allodynies, un déficit musculaire distal des quatre membres et une instabilité à la marche. L'examen retrouvait une ataxie de type proprioceptif, une hypopallesthésie distale, avec hypoesthésie à la piqûre. Les ROT étaient absents sauf l'achilléen gauche. Ces manifestations ont débuté de façon progres-

sive et simultanée, suite à un mois de consommation récréative massive de N_2O , qu'elle prenait plus occasionnellement depuis un an. Aucun autre signe clinique de connectivite n'était noté et aucun autre médicament n'était consommé.

Il n'y avait pas de syndrome inflammatoire biologique, la sérologie borréliose était négative. Les facteurs antinucléaires étaient positifs (moucheté) à 1/320, sans anticorps anti-ADN natif. Les anti-ENA étaient positifs pour les anti-SSA/Ro à 253 ($N < 7$). L'étude du LCR était normale. La NFS retrouvait une anémie à 11,9 g normocytaire et une neutropénie à 0,85 Giga/l.

Le dosage de la vitamine B12 était normal à 232 pmol/l ($N > 138$), mais celui de l'acide méthylmalonique était à 0,68 ($N < 0,4$), confirmant une carence en vitamine B12 fonctionnelle. L'homocystéinémie était élevée à 74,78 $\mu\text{mol/l}$ ($N < 10$). Les anticorps anti-MAG, anti-gangliosides et anti-facteurs intrinsèques étaient négatifs.

La biopsie cutanée a retrouvé dans le derme un infiltrat inflammatoire lymphocytaire périsvasculaire et péri-nerveux, avec des dépôts granuleux le long de la membrane basale de complément et d'IgM, en faveur d'un lupus subaigu.

Une IRM médullaire cervicale a confirmé l'hypothèse de sclérose combinée de la moelle avec une atteinte cordonale postérieure et des faisceaux cortico-médullaires, sans prise de contraste médullaire (*figure 3*).



Figure 1. Éruption cutanée évoluant depuis un mois, à type de maculo-papules érythémateuses annulaires de 2 à 8 centimètres de diamètre sur le tronc et les membres.



Figure 2. Langue décapillée de la patiente.

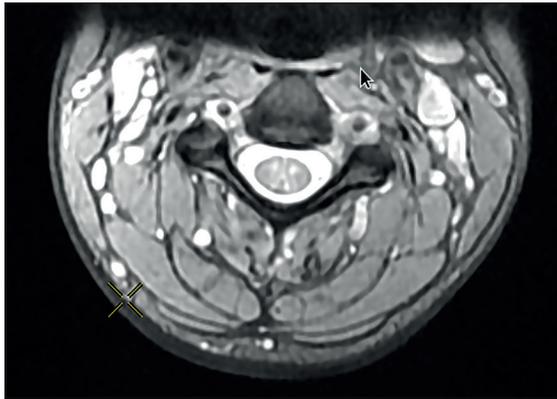


Figure 3. IRM médullaire cervicale de la patiente.

La symptomatologie neurologique a régressé en deux mois d'un traitement par vitamine B12, Hydroxychloroquine, corticothérapie locale et sevrage en N₂O, sans rechute à l'arrêt. L'éruption cutanée et la glossite de Hunter ont disparu de façon concomitante.

Le protoxyde d'azote, en vente libre sous forme de cartouches de petit ou gros volume pour la réalisation de crème chantilly est consommé massivement pour ses propriétés euphorisantes. Ce produit a une fausse réputation d'innocuité auprès de la jeunesse alors que de nombreux effets délétères et parfois graves sont rapportés. Immédiatement après la prise, on peut observer des gelures si le gaz n'a pas été réchauffé au contact d'un ballon de baudruche, des explosions du gaz, des fausses routes par baisse des réflexes de toux et déglutition, des chutes traumatiques voire des accidents de la voie publique (usage fréquent lors de la conduite de véhicule). Des crises de paniques, d'anxiété et même des symptômes de types psychotiques ont aussi été décrits. Le mécanisme de toxicité en cas de prise chronique est tout autre car surtout lié à l'inactivation de la vitamine B12 par le N₂O.

Le lupus subaigu est souvent induit par une prise médicamenteuse [2] sur un terrain d'auto-immunité avec présence d'anti-SSA. Dans cette observation, le rôle du N₂O est retenu sur des arguments cliniques, chronologiques, histologiques et la présence d'anti-SSA, mais une telle induction n'a jamais été rapportée alors qu'elle est fréquemment retrouvée avec des molécules comme la terbinafine, les anti-épileptiques ou inhibiteurs de la pompe à protons. Le mécanisme de déclenchement du lupus subaigu est probablement différent de la toxicité neurologique du N₂O, liée à une carence fonctionnelle en vitamine B12, qui est inactivée par fixation du N₂O sur son ion cobalt, ce qui provoque un défaut de synthèse de la myéline par inactivation de la

méthionine synthétase. Le blocage de cette enzyme explique l'accumulation de ses deux substrats : l'homocystéine et le méthyltetrahydrofolate. La concomitance des symptomatologies cutanée et neurologique reste tout de même troublante. La toxicité neurologique est décrite depuis longtemps, mais cette connaissance était limitée au monde de l'anesthésie [3].

La connaissance de ces effets secondaires est importante car, outre l'usage détourné massif par la jeunesse, l'utilisation du protoxyde d'azote est très fréquente en dermatologie, notamment dans le cadre de la prise en charge des plaies chroniques et on peut même dorénavant l'employer à domicile grâce à l'hospitalisation à domicile. Des carences en vitamine B12 symptomatiques ont déjà été décrites dans ce cadre, surtout en cas d'utilisation prolongée et chez des sujets dénutris [4]. Une utilisation prolongée de N₂O doit donc pouvoir justifier une supplémentation systématique en vitamine B12 et la surveillance clinique d'éventuels symptômes neurologiques. Cette supplémentation peut permettre en même temps de limiter l'hyperhomocystéinémie, facteur de risque de pathologies thromboemboliques. En cas de symptômes neurologiques établis, la supplémentation doit être massive et prolongée afin de limiter le risque de séquelles définitives neurologiques ou cognitives [5].

L'innocuité du gaz hilarant est un leurre. Sa consommation massive doit être connue du corps médical qui doit en savoir les possibles effets secondaires afin de mieux les dépister et les prévenir car son utilisation thérapeutique est fréquemment prolongée dans les soins dermatologiques. La survenue d'un lupus subaigu reste exceptionnelle mais mérite d'être évoquée.

Liens d'intérêts : l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

Références :

- 1- Anses. Protoxyde d'azote. Bilan des cas rapportés aux Centres antipoison en 2020 (saisine 2021-AST-0027). 2021.
- 2- Grönhagen CM, Fored CM, Linder M, Granath F, Nyberg F. Subacute cutaneous lupus erythematosus and its association with drugs: a population-based matched case-control study of 234 patients in Sweden. *Br J Dermatol* 2012 ; 167 (2) : 296-305.
- 3- Richebé P, Pfeiff R, Simonnet G, Janvier G. Faut-il supprimer le protoxyde d'azote au bloc opératoire ? *Conférence d'actualisation de la SFAR*. Paris, Elsevier, 2006 : 133-155.
- 4- Chaugny C, Simon J, Collin-Masson H, et al. Carence en vitamine B12 par toxicité du protoxyde d'azote : une cause méconnue de sclérose combinée de la moelle. *Rev Med Interne* 2014 ; 35 (5) : 328-32.
- 5- Jiang J, Shang X, Wang X, et al. Nitrous oxide-related neurological disorders: Clinical, laboratory, neuroimaging, and electrophysiological findings. *Brain Behav* 2021 ; 11 (12) : e2402.

Une lésion pigmentée

Elisabeth Lorier Roy

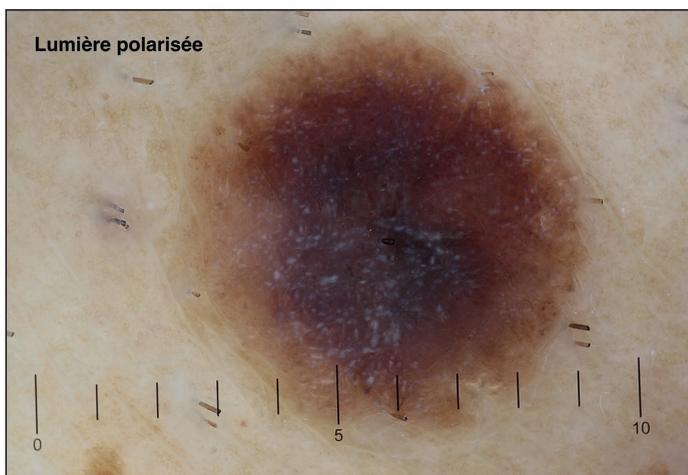
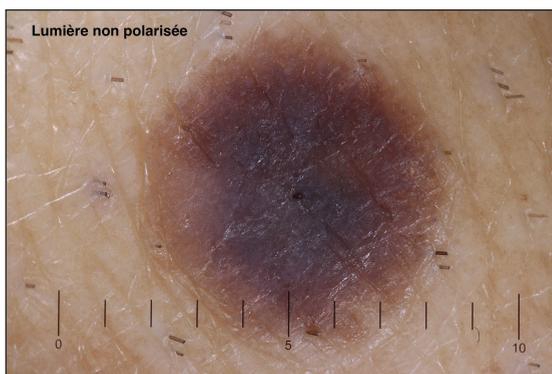
Paris

lorier.elisabeth@orange.fr

Un homme de 60 ans consulte pour contrôle de ses nævus. Il a noté depuis quelques mois une lésion pigmentée papuleuse arrondie au-dessus du genou droit de 6 mm de diamètre (figures 1 et 2).

La dermatoscopie (Heine delta 20 T) met en évidence les images suivantes : figure 3, en lumière non polarisée, figure 4, en lumière polarisée.

Quel est votre diagnostic ?



Il s'agit d'un mélanome à extension superficielle de 0,7 mm d'indice de Breslow, à croissance verticale.

En dermatoscopie sous lumière non polarisée, on observe une lésion de couleur brune inhomogène, avec une zone bleu-gris centrale, et avec un pattern sans structure.

En dermatoscopie sous lumière polarisée, apparaissent de petites structures linéaires blanches brillantes, parallèles et orthogonales. On distingue mieux quelques discrets points foncés périphériques et quelques globules bruns.

Ce cas illustre la valeur diagnostique des stries blanches brillantes de polarisation (SBBP) comme indice de malignité, dans cette lésion mélanocytaire, inhomogène en couleur, mais globalement peu asymétrique.

C'est dans ce cas l'indice dermatoscopique majeur orientant vers le diagnostic de mélanome.

Les SBBP sont des structures linéaires qui apparaissent blanches brillantes en lumière polarisée. Elles sont parallèles entre elles et/ou perpendiculaires. Elles peuvent s'entrecroiser, de façon orthogonale, mais ne dessinent pas de réseau. On ne peut donc pas les confondre avec un réseau blanc (réseau inversé). Elles ne sont vues qu'en lumière polarisée. Elles sont en corrélation histopathologique avec la fibrose, le collagène altéré et abondant dans le derme. Les fibres de collagène sont biréfringentes, c'est-à-dire qu'elles séparent un rayon lumineux incident en deux rayons de polarisations différentes. Ceci explique leur mise en évidence en lumière polarisée [1, 2].

Historiquement, elles ont été décrites par les auteurs anglo-saxons sous le terme de « *chrysalis structures* » ou « *crystallines structures* », par ana-

logie avec le cocon d'une chrysalide, avant qu'elle ne devienne papillon.

Le terme non métaphorique de « *shiny white streaks* » est actuellement préféré [1].

Globalement, les structures blanches brillantes de polarisation, linéaires ou non, peuvent s'observer dans différentes lésions : les dermato-fibromes, les cicatrices, les carcinomes basocellulaires, les mélanomes, les nævus bleus et les nævus Spitz.

Dans une lésion suspecte de malignité, la présence de SBBP est un argument de plus pour le caractère malin de la lésion examinée [2-4].

La présence de SBBP observées dans un mélanome est évocatrice du caractère invasif. Un Breslow élevé est plus volontiers associé à la présence de SBB [4, 5].

La sensibilité et la spécificité des SBBP pour le diagnostic de mélanome ont été estimées respectivement à 22 % et 98 %, et à 11,8 % et 99,5 % si les SBBP sont diffuses, dans une cohorte rétrospective de 1507 lésions mélanocytaires [5].



Liens d'intérêts : l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

Références :

- 1- Le Maître M. Les stries blanches brillantes en dermoscopie à lumière polarisée. *Dermato Mag* 2015 ; 3 : 107-108.
- 2- Marghoob AA, Cowell L, Kopf AW, Scope A. Observation of chrysalis structures with polarized dermoscopy. *Arch Dermatol* 2009 ; 145 : 618.
- 3- Shitara D, Ishioka P, Alonso-Pinedo Y, et al. Shiny white streaks : a sign of malignancy at dermoscopy of pigmented skin lesions. *Acta Derm Venereol* 2014 ; 94 : 132-7.
- 4- Balagula Y, Braun RP, Rabinovitz HS, et al. The significance of crystalline/chrysalis structures in the diagnosis of melanocytic and nonmelanocytic lesions. *J Am Acad Dermatol* 2012 ; 67 : 194.e1-8.
- 5- Verzi AE, Quan VL, Walton KE, et al. The diagnostic value and histologic correlate of distinct patterns of shiny white streaks for the diagnosis of melanoma : A retrospective, case-control study. *J Am Acad Dermatol* 2018 ; 78 : 913-919.

Dans la presse internationale

Christian Derancourt

Tallard
dr.c.derancourt@gmail.com

PRISE EN CHARGE DU DÉLIRE D'INFESTATION

L'association britannique des dermatologues vient d'émettre des recommandations de prise en charge de la parasitophobie. Une lecture exhaustive de l'article paraît très intéressante (accessible à partir du site de la Société Française de Dermatologie), mais certains points particuliers attirent d'emblée l'attention. Bien évidemment, après avoir recherché une étiologie possible, l'importance également d'une prise en charge adaptée, de consacrer au moins trois quarts d'heure lors d'une première consultation puis une demi-heure dans le suivi avec si possible l'adressage le plus précocement possible à un psychiatre ou un spécialiste de psycho-dermatologie. Les auteurs insistent également sur l'importance du traitement antipsychotique précoce. Une attention particulière doit être portée à la communication entre les professionnels de santé qui prennent en charge le patient de manière que la communication soit cohérente. Il faut également rechercher de manière active des proches contaminés par ce délire et les traiter. Enfin, on insiste sur l'importance de poursuivre le traitement et la prise en charge globale jusqu'à au moins un an après l'arrêt des symptômes. 

Référence :

Ahmed A, Affleck AG, Angus J, *et al.* ; British Association of Dermatologists' Clinical Standards Unit. British Association of Dermatologists guidelines for the management of adults with delusional infestation 2022. *Br J Dermatol* 2022 ; 187 (4) : 472-480.

DÉPRESSION ET LICHEN SCLÉRO-ATROPHIQUE

Cette étude cas-témoin appariée menée dans le Connecticut sur 765 femmes montre de manière tout à fait démonstrative l'association entre le LSA et les symptômes anxiodépressifs. Certes, il s'agit d'une étude cas-témoin avec ses défauts méthodologiques, un problème de temporalité que les auteurs soulignent mais cependant les résultats sont un argument fort sur la fréquence de ces symptômes anxiodépressifs, avec des

tests statistiques très significatifs une fréquence d'environ le double rapport à la population témoin. La chronicité de l'affection et les troubles sexuels ainsi que la qualité de vie altérée sont certainement les facteurs explicatifs cohérents. Nous devons y prêter une attention particulière dans les cas que nous suivons... 

Référence :

Fan R, Leasure AC, Maisha FI, Little AJ, Cohen JM. Depression and anxiety in patients with lichen sclerosis. *JAMA Dermatol* 2022 ; 158 (8) : 953-954

DESCRIPTION DES CAS DE PYODERMA GANGRENOSUM AVEC ERREUR DIAGNOSTIQUE INITIALE

Les auteurs revoient les 207 cas publiés dans la littérature de pyoderma gangrenosum de la tête et du cou avec une erreur de diagnostic initial. Ils insistent d'une part sur la fréquence des antécédents d'ulcères de jambe ou de lésions cutanées chroniques sans diagnostic précis par le passé dans 20 % des cas, et d'autre part sur la fréquence des manifestations extra-cutanées (en dehors de l'atteinte pulmonaire classique), notamment la fréquence des kératites. 

Référence :

Reese AM, Gupta AS, Latour E, *et al.* Clinical characteristics and misdiagnosis of pyoderma gangrenosum of the head and neck: A retrospective study. *J Am Acad Dermatol* 2022 ; 87 (5) : 1130-1133

APRÉMILAST ET DERMATOMYOSITE RÉFRACTAIRE. ÉTUDE MONOCENTRIQUE NON RANDOMISÉE

Cette étude monocentrique non contrôlée ouverte a été menée à La Nouvelle-Orléans de 2018 à 2021 sur huit patients porteurs d'une dermatomyosite réfractaire avec un certain niveau de sévérité définie par un score du *Cutaneous Disease Activity Severity Index* (CDASI) supérieur à cinq. Le critère de jugement principal était le taux global de réponse à trois mois et les critères secondaires étaient des critères de sécurité toxicité ainsi que de persistance de l'effet à six mois. Il y avait également une biopsie cutanée à trois mois après le début de l'aprémilast. Il s'agissait de patients d'un âge moyen de 54 ans. Tous les patients avaient eu plusieurs lignes de traitement avec une résistance incluant corticoïdes, méthotrexate, azathioprine, hydroxychloroquine, mycophénolate mofétil et rituximab. Sept ont eu une réponse à trois mois (87,5 %) avec une diminution tout à fait significative du CDASI.

Le traitement était bien toléré avec aucun effet secondaire de grade trois ou quatre. En parallèle aux effets cliniques des études de gènes ont été effectuées très largement détaillées dans les résultats ainsi que dans les résumés alors qu'il ne s'agissait pas d'un objectif ni principal ni secondaire affiché, ce qui correspond à un biais de publications que nous n'avons donc pas détaillé (on peut également noter dans cet article des discordances entre le résumé et le texte principal sur le sexe des patients notamment...). Les lectures d'articles doivent rester critiques. 

Référence :

Bitar C, Ninh T, Brag K, *et al.* Apremilast in Recalcitrant Cutaneous Dermatomyositis: A Nonrandomized Controlled Trial. *JAMA Dermatol.* Published online October 05, 2022. doi : 10.1001/jamadermatol.2022.3917

PELADE ET RÉTINE

Cette étude effectuée à Taïwan était fondée sur la base de données de l'assurance-maladie taïwanaise. Elle est impressionnante par l'importance des effectifs avec 9 909 patients porteurs d'une pelade et 99 090 patients appariés. Les résultats sont en faveur d'une association significative entre la pelade et les maladies rétinienne, en particulier le décollement de rétine avec un odds-ratio à 3,98 et un *p* tout à fait significatif et l'occlusion artérielle rétinienne avec un odds-ratio de 2,45 toujours significatif de façon moindre et les rétinopathies. Il s'agissait d'une étude de cohorte rétrospective avec les limites d'un tel schéma. La limite principale repose sur le fait qu'il s'agissait exclusivement de cas taïwanais. D'autres études sont nécessaires afin de voir si cette association se retrouve dans d'autres régions du monde. 

Référence :

Ting HC, Ma SH, Tai YH, *et al.* Association between alopecia areata and retinal diseases: A nationwide population-based cohort study. *J Am Acad Dermatol* 2022 ; 87 (4) : 771-778

GRANULOME ANNULAIRE GÉNÉRALISÉ ET CANCER ?

Cette étude a été basée sur une revue systématique à partir de Medline et Embase à la date du 15 juin 2021 sur le mot-clé de granulome annulaire généralisé ou disséminé. Sur 579 études screenées, les auteurs en ont retenu 194 incluant 934 patients d'âge moyen 51 ans dont 68 % de femmes. Le diagnostic de granulome annulaire généralisé était retenu comme avec plus de dix lésions sur le tronc ou des membres supérieurs ou inférieurs et le diagnostic de granulome

annulaire généralisé para-néoplasique était retenu quand il était associé dans les six mois à un diagnostic de cancer ou bien blanchi dans les six mois après le traitement d'un cancer ou de sa récurrence. Cette revue suivait les critères de qualité de la méthode GRADE.

Un total de 98 cancers, ce qui représentait 10,4 %, étaient retrouvés chez 97 patients dont 70 étaient des tumeurs solides. Les plus fréquents étaient les cancers mammaires (19,3 %) et les cancers hématologiques (28,6%). 3,5 % (c'est-à-dire 33/934) correspondaient à la définition de granulome annulaire généralisé paranéoplasique ; il n'y avait pas de différence démographique significative entre les patients ayant un granulome paranéoplasique et ceux ayant un granulome associé à un cancer.

Par rapport à d'autres études, cette revue montre une fréquence de cancer associé légèrement plus élevée. Mais la question n'est pas résolue, puisqu'une étude récente cas-témoin ne retrouvait pas d'association avec le cancer du granulome annulaire généralisé. Des limites existent dans cette revue ; la principale est à mon avis celle du biais de publication, les granulomes annulaires généralisés non associés au cancer étant possiblement moins publiés que les autres... Les auteurs concluent qu'une grande étude prospective est nécessaire pour régler cette question qui reste entière... 

Référence :

Osto M, Smidi SA, Alnabolsi A, Rehman R, Potts G. An evidence-based approach for malignancy-associated and paraneoplastic generalized granuloma annulare. *J Am Acad Dermatol* 2022 ; 87 (4) : 876-878

PAS DE SUIVI SYSTÉMATIQUE DE LA KALIÉMIE CHEZ LES PATIENTS SOUS SPIRONOLACTONE EN DERMATOLOGIE

Cette étude a été menée en Caroline-du-Sud et avait pour but de documenter les hyperkaliémies chez les personnes traitées par spironolactone même si l'on sait qu'en principe à des doses faibles et à moins de 46 ans il n'y a aucun problème. Dans cette étude étaient inclus des patients de moins de 45 ans ou de plus de 45 ans et les personnes à risque très élevé d'hyperkaliémie étaient exclues (insuffisance cardiaque congestive, syndrome néphrotique, hyperaldostéronisme primaire, cirrhose, maladie rénale chronique). Étaient inclus des patients ayant une acné vulgaire, une alopécie androgénique, un hirsutisme ou une maladie de Verneuil, de mai 2012 à juin 2020. L'hyperkaliémie était définie à plus de 5,1 mEq/l. 195 patients étaient inclus, la majorité blancs et 25,2 % avec plus de 45 ans au début du traitement

dont 19 avaient 60 ans ou plus. 45,7 % étaient traités pour d'autres pathologies que l'acné. L'hyperkaliémie a été identifiée pour cinq des 150 cas dont deux dans des conditions médicales aiguës (hyperglycémie, situation post-opératoire, atteinte rénale) et trois réellement attribués à la spironolactone. Ces trois cas correspondaient à une personne asiatique âgée de 65 ans traitée pour une alopecie androgénogénétique à 100 mg jour également sous losartan, et les deux autres étaient blancs 16 ans et 38 ans avec une hyperkaliémie modérée pendant un traitement pour une acné banale. Dans ces deux cas, il n'y avait pas de traitement associé type inhibiteur de l'enzyme de conversion ou bêtabloqueurs. L'hyperkaliémie s'était normalisée au contrôle ultérieur et les patients ont poursuivi leur traitement sans réduction de doses.

Les résultats de cette étude confirment ceux des études précédentes : les risques d'hyperkaliémie le sont à des valeurs tout à fait modérées ; il n'y a pas de nécessité de suivre la kaliémie en principe chez les patients sous spironolactone avec une fonction cardiaque ou rénale normale.

Référence :

Plante J, Robinson I, Elston D. The need for potassium monitoring in women on spironolactone for dermatologic conditions. *J Am Acad Dermatol* 2022 ; 87 (5) : 1097-1099

BRÛLURES SOLAIRES ET MÉLANOME CARCINOMES : GRANDE ÉTUDE LONGITUDINALE

Il s'agit ici de la première étude prospective de grande envergure sur une longue période ayant pour but d'évaluer les comportements par rapport au soleil et aux coups de soleil sur une longue période de vie avec le risque subséquent de survenue de mélanomes et de carcinomes épidermoïdes. Cette étude a été menée sur une base populationnelle incluant des femmes norvégiennes depuis 1991 jusqu'à 2018, avec des questionnaires qui ont été passés de tous les cinq-sept ans de 1991 à 2007. L'analyse a été effectuée fin 2021. Les principaux facteurs analysés étaient le phototype et les expositions solaires pendant les vacances à l'extérieur, ainsi que le bronzage artificiel, le nombre de brûlures solaires annuelles pendant les périodes d'enfance d'adolescence et de l'âge adulte. Les critères de jugement ont porté sur le diagnostic de cancer, le décès (en dehors des cas d'émigration qui représentaient les perdus de vue). À partir de 172 472 femmes ayant répondu au questionnaire, les auteurs ont regroupé en cinq classes les comportements solaires par rapport au nombre de coups de soleil avec des évaluations en trois échantillons :

jusqu'à l'âge de 39 ans, 49 ans et 59 ans, selon un modèle de Cox. Les moyennes de suivi allaient de 14,3 à 19,5 ans et, dans ces échantillons, il y avait 1 252 à 1 774 femmes avec un mélanome et de 739 à 871 femmes avec un carcinome épidermoïde. Cette étude confirme bien de manière prospective, et ce pour la première fois, la relation entre le risque de survenue de mélanomes et de carcinomes épidermoïdes avec le niveau de risque estimé par le nombre de coups de soleil. Une attention particulière doit être portée comme on le pressentait déjà sur les brûlures solaires pendant l'enfance qui sont fortement associées à ces cancers.

Référence :

Lergenmuller S, Rueegg CS, Perrier F, *et al.* Lifetime Sunburn Trajectories and Associated Risks of Cutaneous Melanoma and Squamous Cell Carcinoma Among a Cohort of Norwegian Women. *JAMA Dermatol* 2022 Oct 5 ; e224053. doi : 10.1001/jamadermatol.2022.4053. Online ahead of print

ABSENCE D'EFFET DES ÉMOLLIENTS SYSTÉMATIQUES POUR PRÉVENIR LA SURVENUE DE DERMATITE ATOPIQUE CHEZ LES NOUVEAU-NÉS ET NOURRISSONS

Cette revue systématique s'est intéressée à regrouper les résultats des études des applications d'émollients chez des nouveau-nés à terme par comparaison à l'absence d'application d'émollients. Les auteurs ont ainsi screené 19 243 résultats de requêtes pour finalement retenir 16 essais randomisés concernant 5 643 participants. Cinq essais concernaient 3 352 nouveau-nés en bonne santé et 11 essais avec 2 291 nouveau-nés en bonne santé mais à risque de développer une atopie. Les analyses ont été menées séparément pour ces deux groupes de nouveau-nés. Il s'agissait d'une application d'émollients de type crèmes, pommades, huiles végétales ayant débuté à la période néonatale ayant persisté au minimum quatre semaines et jusqu'à deux ans dans certaines études. Les résultats de la méta-analyse pour les nouveau-nés en bonne santé suggèrent que l'application d'émollients a peu ou pas d'effet sur la survenue d'une dermatite atopique. L'effet sur la survenue d'une allergie alimentaire d'une sensibilisation aux allergènes alimentaires et aux allergènes inhalés ainsi qu'à la sécheresse cutanée et à divers problèmes cutanés étaient incertains. Dans le groupe de nouveau-nés à risque, l'intervention par émollients semble diminuer le risque de survenue de dermatite atopique mais avec un niveau de preuve modéré et n'a aucun effet sur la survenue d'une allergie alimentaire d'une sensibilisation à des allergènes

alimentaires ou respiratoires. L'effet sur la sécheresse cutanée, et sur la survenue d'éruptions cutanées, était incertain. En conclusion, les auteurs considèrent que l'application d'émollients cutanés chez le nouveau-né en bonne santé non à risque de dermatite atopique n'a aucun effet pour la prévenir.

Référence :

Priyadarshi M, Balachander B, Gupta S, Sankar MJ. Topical emollient application in term healthy newborns: A systematic review. *J Glob Health* 2022; Jul 25 ; 12 : 12002

PAS DE PRÉVENTION DE LA DERMATITE ATOPIQUE EN APPLIQUANT DES ÉMOLLIANTS CHEZ LES ENFANTS !

Nous avons également repris cette revue systématique Cochrane (plus ancienne, publiée en 2021) sur l'effet d'appliquer chez des enfants des crèmes pour prévenir la survenue d'eczéma ou d'allergie alimentaire. Cette revue systématique était suivie d'une méta-analyse sur données individuelles : elle consiste à regrouper non pas les résultats des différentes études, mais les données patients de chaque étude ce qui augmente considérablement la puissance la finesse de l'analyse et demande un travail considérable par rapport à une méta-analyse plus classique sur données agrégées. Il s'agissait d'essais contrôlés ayant été menés chez des enfants âgés de moins d'un an avec une peau saine. Sur 33 essais identifiés, 17 (correspondant à 5 823 participants) avaient des données pertinentes et 10 essais (dont 5 154 participants) ont permis une méta-analyse sur données individuelles. Les résultats sont très intéressants car ils démontrent clairement que l'application de crème pendant la petite enfance non seulement ne prévient pas l'apparition

d'un eczéma mais peut-être augmente le risque d'infection cutanée...

Référence :

Kelleher MM, Cro S, Van Vogt E, *et al.* Skincare interventions in infants for preventing eczema and food allergy: A cochrane systematic review and individual participant data meta-analysis. *Clin Exp Allergy* 2021 ; 51 (3) : 402-418.

PRÉMATURÉS ET ÉMOLLIANTS

Cette revue systématique s'est intéressée à l'effet de l'application de topiques émollients comme des pommades, des crèmes, des huiles chez les enfants prématurés pour prévenir le risque d'infection invasive et diminuer la mortalité. Des études randomisées ou quasi randomisées ont été incluses. Il y en avait 22 avec un total de 5 578 enfants. Un certain nombre d'études a amené un faible niveau de preuve. Huit essais s'intéressaient spécifiquement à l'effet de topiques sous forme de pommades crème ; la plupart de ces essais avaient été menés dans des pays de revenus faibles à modérés. L'analyse ne permet pas de conclure sur l'effet positif existant compte tenu du faible niveau de preuve de la plupart des études et de l'importance des biais. Les auteurs incitent cependant à ce que des études de bonne qualité sur ce sujet d'importance soient menées puisqu'il s'agit d'une intervention de faible coût tout à fait adaptée aux pays en développement.

Référence :

Cleminson J, McGuire W. Topical emollient for preventing infection in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2016 ; 2016 (1) : CD001150.

Liens d'intérêts : l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

Dans EJD 2022 n°3

Michel Le Maître

Colleville-Montgomery
mic.le.maitre@me.com



En tant qu'abonné de la Fédération à *Dermato Mag*, vous pouvez bénéficier d'un accès gratuit à la version électronique l'EJD (*European Journal of Dermatology*). Pour ce faire, il suffit d'en faire la demande par mail : contact@jle.com. Cette rubrique a pour objectif de mettre en valeur certains articles publiés

dans l'EJD et, bien sûr, de vous donner envie de les lire. La sélection est faite sur l'intérêt dans notre pratique clinique quotidienne, mais aussi sur des articles de biologie cutanée, d'immunologie, voire de biologie cellulaire, utiles pour enrichir notre culture générale dermatologique.

J'ai choisi cet article lyonnais [1], issu de la collaboration entre des équipes du CNRS, de l'INSERM (université Claude Bernard) et le Département d'Allergie et d'Immunologie clinique du CHU de Lyon-Sud. Cette revue, non systématique, documente les effets et les interactions qui se produisent dans la peau, en réponse à la pollution et qui impliquent la voie du récepteur des aryl hydrocarbures (AhR).

Si le sujet apparaît pointu, le champ d'application, la réponse cutanée aux polluants, sont, en revanche, tout à fait concrets et d'actualité.

Cet article est très riche et très détaillé. Je ne vous en livre ici que les grandes lignes. Sa lecture complète est passionnante.

L'introduction nous donne un aperçu du problème majeur de santé publique qu'est la pollution. Elle a des conséquences, non seulement sur les maladies cardiovasculaires et pulmonaires, mais aussi sur les maladies dermatologiques.

Ces polluants sont classés en deux familles distinctes : les polluants primaires et les polluants secondaires. Rappelons qu'un polluant primaire est un polluant de l'air émis directement par une source donnée. Un polluant secondaire n'est pas émis directement en tant que tel, mais se forme lorsque d'autres polluants (polluants primaires) réagissent dans l'atmosphère [2].

La pollution atmosphérique comprend des gaz,

tels que le dioxyde de carbone et le dioxyde de soufre, ainsi que des particules émises par diverses activités humaines. Ces particules contiennent des métaux lourds et des hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP). Le trafic routier et aérien, ainsi que la fumée de tabac, en sont les principaux producteurs. Les dioxines, proviennent principalement des poêles à bois et des feux de forêt.

Un lien existe entre la pollution et les maladies inflammatoires cutanées chroniques, la cicatrisation des plaies et l'incidence accrue de cancers cutanés. Le facteur de transcription AhR est exprimé dans toutes les cellules cutanées. Il joue un rôle central dans tous ces processus physiopathologiques. La voie de signalisation AhR est notamment activée par les particules issues de la pollution, qui ont une forte affinité pour ce récepteur.

L'article fait ensuite le point sur la biologie de l'AhR. Il est exprimé dans tous les organes qui agissent comme des barrières, tels que le foie, les poumons, l'intestin et la peau. Les lecteurs les plus pointus en biologie cellulaire découvriront dans l'article les détails de cette voie de signalisation.

L'AhR est soumis à une régulation étroite qui dépend de son ligand. Les ligands naturels permettent de contrer les effets nocifs de la pollution. Les ligands exogènes, synthétiques, comme les particules issues de la pollution, ont une très haute affinité pour l'AhR, favorisant la génération d'espèces réactives de l'oxygène.

Les différentes études rapportées sur l'action des polluants et le rôle de l'AhR montrent une altération de la fonction barrière cutanée. Les mécanismes de cette altération, tels que l'accélération de la différenciation des kératinocytes, la diminution et l'expression de la filaggrine sont exposés. La cicatrisation est aussi altérée en présence de polluants. L'activation de l'AhR par les HAP entraîne une diminution de la prolifération, ainsi que de l'apoptose des kératinocytes et des fibroblastes.

Les polluants jouent aussi un rôle délétère au niveau du derme. Ils modifient l'équilibre entre la biosynthèse et la dégradation du collagène. L'équilibre tend vers la dégradation du collagène, en faveur de l'induction des métalloprotéinases matricielles. La voie AhR, activée par les composants de la fumée de tabac et les polluants, joue un rôle central dans le processus de vieillissement extrinsèque en raison d'altérations prononcées au niveau du derme. Le mécanisme de ce vieillissement s'explique aussi par une perte de la viscoélasticité de la peau. Les études rapportées montrent que l'exposition aux polluants, en rapport avec l'activation de la voie AhR, peut même favoriser

l'apparition de taches pigmentées, en dehors d'une exposition solaire.

La fumée de cigarette est souvent utilisée dans les études expérimentales sur les conséquences de la pollution.

Les différentes études montrent que l'AhR joue un rôle central dans la régulation de l'inflammation cutanée, et son activation pourrait entraîner des lésions inflammatoires chroniques. Le mécanisme passe par une activation de l'expression de cytokines pro-inflammatoires ou immunosuppressives dans les kératinocytes.

Les auteurs s'attachent à faire le lien avec les maladies inflammatoires cutanées, et notamment, la dermatite atopique (DA). Ce n'est que très récemment que les particules atmosphériques ont été prises en compte dans le développement et l'exacerbation des symptômes de la DA. Différentes études, montrant le lien entre la pollution et la sévérité de la maladie, sont ici rapportées.

Un chapitre détaillé de cette revue montre, au regard des nombreuses études publiées dans ce domaine, les conséquences de la fumée de tabac sur la cicatrisation. Les conséquences sur la prise en charge des patients sont très concrètes. Le sevrage tabagique, par exemple, chez les patients diabétiques, est essentiel pour la cicatrisation des plaies chroniques.

On connaît bien aujourd'hui les effets de l'exposition à long terme à la pollution de l'air intérieur et extérieur sur l'augmentation de l'incidence du cancer, en particulier du cancer du poumon. Les cancers cutanés sont aussi concernés par l'action de la pollution. La voie d'activation AhR est aussi impliquée dans la formation de carcinomes épidermoïdes, chez les souris soumises à l'application topique de HAP. L'exposition prolongée à différents polluants peut conduire certains cancers cutanés à devenir plus agressifs, en raison d'un potentiel métastatique accru.

Références :

1- Guillon C, Meziani M, Abdelli S, Sigauo Roussel D, Bonod C, Nosbaum A. The aryl hydrocarbon receptor pathway plays a central role in the cutaneous response to pollutants. *Eur J Dermatol* 2022 ; 32 (3) : 305-311.
2- <https://ec.europa.eu>

Le deuxième article que j'ai choisi, est un cas clinique chinois de mélanome de Dubreuilh achromique (en anglais : *Amelanotic Lentigo Maligna Melanoma* : ALMM).

Cette forme clinique est rare Le diagnostic différentiel de l'ALMM est difficile. Il se présente généralement sous la forme d'érythème, de macules ou de taches irrégulières, mal définies, et de longue date, sur les zones exposées au soleil, en particulier sur la tête et le cou. En raison de l'absence de pigmentation, l'ALMM peut imiter un large éventail de maladies, telles que, eczéma, dermatophytie,

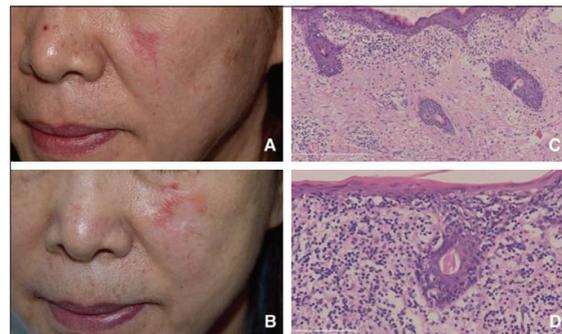


Figure 1. Caractéristiques cliniques et histopathologiques du patient. A) Érythème solitaire, mal défini, sur la joue gauche il y a cinq ans. B) Érythème récent avec une cicatrice de biopsie antérieure. C) Coloration à l'hématoxyline-éosine du deuxième spécimen de biopsie du nouvel érythème (barre = 250 µm). D) Vue à haute puissance montrant des cellules mélanocytaires atypiques avec des noyaux hyperchromatiques élargis et un cytoplasme clair (barre = 100 µm).

granulome annulaire, lupus érythémateux discoïde, maladie de Bowen, kératose actinique, carcinome baso-cellulaire superficiel...

Ce cas clinique illustre la difficulté diagnostique chez cette patiente de 62 ans. Après examen histologique la, tache érythémateuse de la joue gauche, qui existait depuis deux ans, a été diagnostiquée comme lupus érythémateux discoïde.

La patiente est revue cinq ans plus tard, avec une extension de son érythème, accompagné de papules indurées. Cette fois-ci l'histologie a montré la présence de cellules atypiques dans tout l'épiderme, envahissant les follicules pileux, et une invasion focale du derme. Les cellules atypiques avaient des noyaux hyperchromatiques élargis et un cytoplasme clair, sans production de mélanine. L'analyse immunochimique a montré une coloration positive pour la S100, la HMB-45 et la Méla-A.

Les auteurs font la synthèse des points importants conduisant à suspecter un ALMM :

- femmes à la peau claire,
- âge : 40 ans ou plus,
- peau exposée au soleil,
- lésions dermatologiques plates, desquamation et prurit, bordure non distincte avec possibilité de surélévation,
- présentation clinique inhabituelle, longue durée d'évolution,
- résistance aux traitements topiques.

L'exérèse chirurgicale doit être envisagée, chaque fois que cela est possible.

L'explication du caractère achromique d'un lentigo malin ne repose que sur des hypothèses qui demandent à être vérifiées.

Référence :

Yang L, Wang T, Liu YH. A Chinese case of amelanotic lentigo maligna melanoma. *Eur J Dermatol* 2022 ; 32 (3) : 410-411.

Liens d'intérêts : l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

TAVIE Pso : À deux ans de son lancement, le 1^{er} coach de poche pour les personnes atteintes de psoriasis lance un nouveau module dans le rhumatisme psoriasique

Une application pour être acteur de sa santé



Le 29 octobre a lieu la journée mondiale du psoriasis, maladie inflammatoire chronique qui touche 2,4 millions de personnes en France¹. Pour accompagner les patients dans la prise en charge de leur maladie au quotidien France Psoriasis a lancé l'application « TAVIE Pso », le premier coach personnalisé et évolutif. Deux ans après, le succès est au rendez-vous : 96 % des utilisateurs déclarent qu'il s'agit d'une aide efficace dans leur gestion des symptômes et leurs traitements, selon une enquête menée auprès des utilisateurs². Un nouveau module sur le rhumatisme psoriasique vient d'être intégré à l'application étant donné qu'il touche environ 30 % des patients atteints de psoriasis³.

TAVIE Pso est une action de France Psoriasis, développée par MedClinik et avec le soutien d'Amgen France.

Psoriasis et rhumatisme psoriasique, des maladies chroniques, douloureuses, inesthétiques, invalidantes et incurables⁴

Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique de la peau qui se manifeste par des plaques rouges, épaisses, squameuses et des démangeaisons⁵. Les personnes qui en sont atteintes voient leur qualité de vie affectée : rejet, discriminations, regard de l'autre. Que cela soit aux niveaux intime, affectif, familial, scolaire,

professionnel, social d'une manière générale, le psoriasis est la plupart du temps synonyme d'une qualité de vie altérée et de projets de vie complètement bouleversés voire abandonnés.⁶

Dans 30 % des cas, il peut se compliquer d'une atteinte des articulations appelée rhumatisme psoriasique³. Le lien entre le psoriasis et le rhumatisme psoriasique est souvent méconnu des patients, qui pensent avoir une « maladie de peau » et non une maladie inflammatoire pouvant se manifester sur la peau mais aussi sur les articulations avec l'impact moteur et douloureux que cela engendre et qui s'ajoute aux symptômes cutanés déjà existants. L'errance de diagnostic pour ces patients atteints de psoriasis avec des manifestations articulaires est entre 5 et 8 ans dû à la méconnaissance du lien entre ces deux pathologies.

Aujourd'hui, de nombreux patients, faute de bonne compréhension de la maladie, d'accès facile à un dermatologue, ou de solutions thérapeutiques adaptées à leur situation, se retrouvent insatisfaits de leur prise en charge, se voient découragés dans leur recherche de solutions, et perdent le lien avec leur dermatologue. Pour améliorer l'accompagnement des patients, l'Association France Psoriasis, accompagnée par MedClinik et avec le soutien institutionnel d'Amgen France a développé et lancé en octobre 2020 l'application TAVIE Pso, en collaboration avec des dermatologues.

TAVIE Pso : une application testée et approuvée

Une étude réalisée deux ans après le lancement de l'application auprès de 32 patients utilisateurs a permis de mesurer la valeur ajoutée de cette application dans le quotidien des patients².

- 89 % des patients estiment que l'application les rend plus acteurs de leur santé et soulignent l'apport positif de TAVIE Pso pour :
 - La compréhension de la maladie,
 - La gestion des traitements,
 - L'organisation de leur suivi.
- 96 % d'entre eux déclarent être aidés dans leur gestion des symptômes et de leurs traitements et ils sont également 96 % à recommander TAVIE Pso aux autres personnes atteintes de psoriasis.

Voici en résumé les réponses à la question : l'application TAVIE Pso vous permet-elle :

Développée en collaboration avec des dermatologues, notamment les Dr Beaulieu et Dr Jouan et à l'initiative des patients, cette application les aide à mieux vivre avec leur psoriasis au quotidien et à surmonter les difficultés liées à la maladie. Alors que 74 % des patients⁶ atteints de maladies chroniques graves attestent d'un manque de confiance en eux et estiment que leurs choix

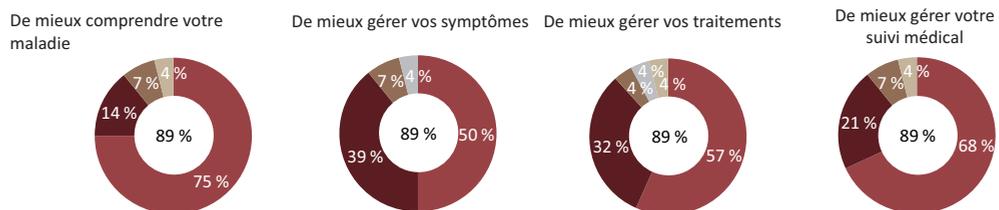
de vie et grandes décisions sont impactées par la maladie, l'application TAVIE Pso permet de répondre à leur demande croissante, d'accompagnement et d'information.

Face à une baisse démographique des dermatologues, l'application TAVIE Pso, a été conçue pour accompagner le patient dans son parcours de soin et le rendre davantage acteur de sa propre prise en charge. Elle se positionne ainsi comme outil digital allié de la relation patient-médecin au bénéfice d'une alliance thérapeutique plus efficace avec les professionnels de santé.

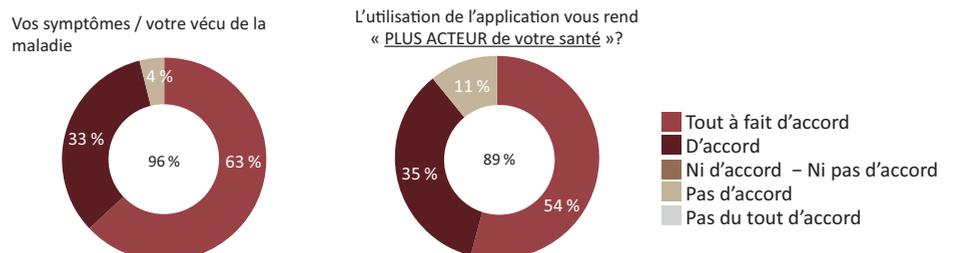
Grâce aux coachings virtuels et à l'intelligence artificielle, TAVIE Pso délivre des informations et des conseils pratiques qui évoluent selon les besoins et les attentes de chaque utilisateur.

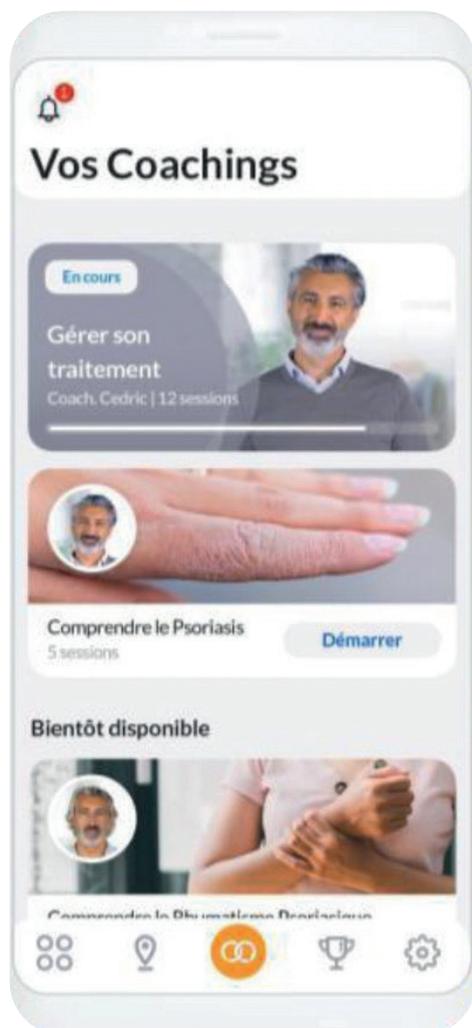
Son objectif : aider à mieux comprendre sa maladie, à améliorer sa prise en charge et à mieux vivre, grâce à plusieurs fonctionnalités :

- **Des coachings virtuels** sur le psoriasis cutané qui visent à développer les compétences et l'autogestion des patients pour leur permettre de comprendre leur maladie, des origines aux traitements en passant par l'explication de la chronicité de la maladie. Ces coachings prennent la forme de vidéos, des témoignages patients sous forme d'animations graphiques, de quizz. Quatre sessions de coaching sont disponibles.



L'application a un impact sur :





- **Coaching Rhumatisme Psoriasique** : *Nouveauté disponible à partir d'octobre 2022* à la demande des patients. Un coaching spécifique a été développé avec l'aide d'une rhumatologue Dr Aline Fraizer. On retrouve ici des informations plus spécifiques sur les symptômes, les évolutions possibles et les poussées mais également des conseils pour mieux vivre avec au quotidien et dans son environnement professionnel.
- **Un journal des symptômes et un journal des plaques** qui permettent aux utilisateurs de trouver tous les outils pour les aider à mieux gérer leurs symptômes et les effets secondaires possibles de leur traitement. Grâce à ce journal, ils peuvent suivre l'évolution de leurs symptômes et les communiquer aux professionnels de santé.
- **Un rappel de médicaments** qui permet aux utilisateurs de mieux comprendre et adhérer

à leur traitement. Cela permet également d'avoir une vue d'ensemble sur les différents traitements à prendre (topiques, oraux, injectables, etc..).

- **Un outil d'aide à la préparation des rendez-vous médicaux** qui permet à l'utilisateur de pouvoir enregistrer les rendez-vous à venir, avoir des rappels, accéder à une check-list pour se préparer au rdv et les rassembler dans un seul endroit.
- **Un onglet présentant l'association France Psoriasis avec une carte interactive** permettant de répertorier lieux et événements de l'association ainsi que les délégations régionales de France Psoriasis.
- **Une partie ludique** pour encourager l'engagement au bénéfice du parcours de soins (widgets, mini-jeux, battle quizz...) et créer une communauté de patients.

TAVIE Pso : une technologie innovante

Un algorithme permet d'adapter l'application et son contenu selon les besoins, les difficultés et le profil du patient. Les vidéos apparaissent et sont jouées selon le parcours du patient dans l'application. Par exemple, un utilisateur connaissant bien sa pathologie n'aura pas besoin de se faire rappeler les bases. Au contraire, un utilisateur venant d'apprendre qu'il était atteint de psoriasis devra pouvoir avoir accès à des explications basiques. Cela permet de garantir un engagement de la part de l'utilisateur et de ne pas abandonner son parcours d'accompagnement.

À propos de France Psoriasis

France Psoriasis est la seule association de patients en France, au service exclusif des personnes atteintes de psoriasis cutané et/ou de rhumatisme psoriasique et de leurs proches. Regroupant près de 16 000 patients, soutenue par un Comité Scientifique, l'association France Psoriasis a pour mission au quotidien, de soutenir et d'informer les malades, afin de rompre leur isolement et de leur redonner espoir. Elle œuvre aussi pour une meilleure reconnaissance de la maladie auprès des institutions et des acteurs de santé impliqués dans la prise en charge du psoriasis cutané et articulaire. Permanence téléphonique nationale : 01 42 39 02 55 – www.francepsoriasis.org

« Avec ce recul de deux ans, et le retour des patients, l'application TAVIE Pso a démontré tout son intérêt. Les sessions de coaching sont des supports majeurs de la compréhension du psoriasis cutané apportant un bien-être aux patients. La possibilité de mieux gérer les symptômes, les traitements au quotidien ainsi que la relation avec le médecin, renforce leur sentiment de pouvoir être compris par leur entourage et l'équipe soignante. Les coachings sur le rhumatisme psoriasique accentueront son intérêt car ils prendront en compte toutes les formes de psoriasis. », conclut **Daphné Barbedette, Directrice de l'Association France Psoriasis.**

« L'application TaviePso est un outil qui est un vrai complément de la consultation. Les patients sont à juste titre demandeurs de beaucoup d'informations sur leur maladie, sur les différentes options thérapeutiques et ont besoin d'être rassurés quant à leurs symptômes et leur traitement. Tout ceci est possible grâce au coaching disponible au sein de l'application. De plus, cet outil est une aide indéniable afin de préparer les rendez-vous médicaux et leur consultation avec leurs médecins. Les nouvelles fonctionnalités sur le rhumatisme psoriasique démontrent l'évolutivité de l'application afin de répondre encore mieux à nos patients. » ajoute le **Dr Beaulieu, dermatologue**

« Nous constatons que cette application, qui bénéficie à ce jour à 1 145 utilisateurs actifs, suscite des attentes. Aussi, nous nous réjouissons d'avoir pu y répondre en la faisant évoluer vers les besoins des patients atteints d'un rhumatisme psoriasique et nous espérons qu'elle leur permettra d'améliorer sensiblement leur parcours de soin. » ajoute **Jean-Philippe Alosi, Directeur des Affaires Publiques, Amgen France.**

L'application est disponible sur GooglePlay et l'Appstore :



À propos de MedClinik, du groupe 360MedLink

MedClinik crée des solutions mobiles pour connecter les patients à leur santé, à leur traitement, à leurs prestataires de soins et à leur parcours de soins. Notre expertise consiste à développer et à déployer des solutions eHealth validées cliniquement qui prennent en compte les déterminants du comportement des patients en matière de santé tout en offrant une valeur ajoutée à tous les acteurs connectés.

À propos d'Amgen France

Nous utilisons les ressources du vivant et des technologies de pointe telles que la génétique humaine pour développer des thérapies innovantes contre les maladies graves. Nous focalisons nos recherches sur les pathologies dont les besoins médicaux restent importants : cancers, maladies cardiovasculaires, inflammatoires, rénales, ainsi que le traitement de l'ostéoporose. Avec 13 biomédicaments et de nombreuses initiatives partenariales, Amgen se mobilise aux côtés des différents acteurs impliqués dans le parcours de soin des patients pour co-construire avec eux des solutions adaptées à son optimisation. Le lancement du programme Amgen Innovations s'inscrit dans cette démarche.

De quoi sera faite la santé de demain ? Suivez nos actualités sur www.amgen.fr, Twitter @Amgen-France et sur LinkedIn 

Références :

1. Association France Psoriasis. <https://francepsoriasis.org/la-maladie/comprendre/psoriasis/quest-ce-que-le-psoriasis/>.
2. Etude Amgen réalisée sur 32 patients utilisateurs pour mesurer la valeur ajoutée de cette application dans leur quotidien.
3. The Incidence and Risk Factors for Psoriatic Arthritis in Patients With Psoriasis: A Prospective Cohort Study. Arthritis & Rheumatology Volume 68, Issue 4 Nov 2015. <http://marker.to/Dw4hrE>
4. 24 mai 2014, lors de la 67ème Assemblée Mondiale de la Santé, après examen du rapport sur le psoriasis, l'Organisation Mondiale de la Santé <https://francepsoriasis.org/la-maladie/comprendre/oms-reconnait-le-psoriasis/>
5. Inserm. Psoriasis : vers un traitement curateur. En ligne : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/psoriasis> (Consulté le 9 septembre 2020).
6. MLCD, Major Life Changing Decisions : décisions majeures de changement de vie. 50 patients atteints de maladies dermatologiques chroniques, dont 16 patients atteints de psoriasis Bhatti ZU, et al. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2014;28:1344-1355.

Contacts Presse :

Amgen France

Charlotte Scordia-Warembourg - cwarembo@amgen.com - 06 25 15 17 96

Raphaëlle Genin-Martinez - rgeninma@amgen.com - 06 76 01 26 35

France Psoriasis

Daphné Barbedette - daphne.barbedette@francepsoriasis.org - 07 62 78 14 51

MedClinik

Julie Michel - juliem@360medlink.com - 06 62 14 66 64

#VivonsInnovons #WeAreBiotech

Designing the future of Dermatology and Venereology

La Roche-Posay, première marque de soin recommandée par les dermatologues dans le monde, était présente pour la 31^e édition du Congrès de l'EADV (European Academy of Dermatology and Venereology) à Milan, du 7 au 10 septembre, sur le thème : “Designing the future of Dermatology and Venereology”.

Cette année, 30 nouvelles études (prenant la forme de posters ou de présentations orales) réalisées par La Roche-Posay ont été sélectionnées et présentées, un record et une preuve que la marque continue, main dans la main avec les dermatologues, d'inventer la dermatologie de demain.

De nombreux territoires ont été couverts par la marque, tels que l'acné, la dermatite atopique, la photoprotection, la réparation cutanée, l'allergie ou encore l'oncologie.

Trois grandes études ont été ainsi présentées à cette occasion :

– **Une grande étude randomisée multicentrique faite en Allemagne avec le Pr Thomas Luger a été présentée dans la session “Late breaking news”.** L'objectif de cette étude était de montrer l'intérêt de l'association d'un émollient et d'un syndet capables de restaurer la barrière cutanée et le microbiome (Lipikar Baume AP+M et Lipikar AP+ syndet) chez des patients ayant une dermatite atopique modérée à sévère sous traitement systémique, comparé aux soins habituels.

– **Une étude épidémiologique sur la nécessité de renforcer l'éducation de la population quant aux risques des différents rayonnements du soleil, ainsi qu'aux bonnes mesures de photoprotection pour se protéger à la fois des cancers cutanés et du photo-vieillessement.** Cette grande étude épidémiologique a été menée par La Roche-Posay et IPSOS dans 17 pays auprès de plus de 17 000 personnes.

– **Le développement de méthodes alternatives, notamment pour évaluer les performances des crèmes solaires.** La Roche-Posay a par exemple étendu l'usage des modèles de peau reconstruite – déjà utilisés par la R&D de L'Oréal – aux produits solaires, afin d'analyser les dommages induits par les UV et montrer le bénéfice d'une protection large spectre des UVB et UVA, en matière de protection solaire.

Selon Dr Delphine Kerob, Dermatologue et Directrice Scientifique Internationale de La Roche-Posay International, trois thématiques principales sont mises sur le devant de la scène depuis quelques années :

– « *L'importance de prendre en compte la **diversité des phototypes** et de comprendre les différences sur une même pathologie entre des sujets de phototypes différents, ou même d'origine géographique différente. Mais également l'importance de prouver l'efficacité des produits au travers des études cliniques sur toutes les couleurs de peaux. Chez La Roche-Posay, nous avons une démarche inclusive systématique selon les indications et les solutions testées qui est une nécessité pour les dermatologues et les patients* ».

– « *La **santé mentale** : la corrélation entre problèmes de peau et santé mentale est un sujet de plus en plus central pour les marques dermatologiques. La Roche-Posay étudie depuis plusieurs années l'impact des maladies de peau et le bénéfice des produits non seulement sur les dermatoses elles-mêmes, mais aussi sur la qualité de vie des patients. Nous allons plus loin en étudiant le sommeil, les associations entre dermatoses inflammatoires et santé générale, les associations entre peau et santé mentale, etc.* ».

– « *Les **méthodes innovantes pour la recherche** : nous développons de nouvelles méthodes pour faire avancer nos connaissances, par exemple avec l'analyse de la big data. Elles se font au travers d'analyses de cohortes ou grâce à l'infodémiologie. Nous rendons publiques cette année deux études liées à la big data : une sur la corrélation entre les recherches Google et les termes “acné” et “port du masque”, et une autre qui interroge les liens entre problèmes de peau et problèmes de santé mentale* ».



Keep your English up to scratch!...

Didier Carnet, Jean-Pierre Charpy, Philip Bastable

Medical English Department
Dijon School of Medicine
didier.carnet@u-bourgogne.fr

Dear readers,

Are you ready to brush up your dermatological English? It is our very great pleasure to present the thirty-ninth English corner based on **angular cheilitis (AC)**, also known as **perlèche**. Don't forget you can use a dictionary to help you with the text, and of course, you should visit our website at <http://anglais.medical.u-bourgogne.fr/> to work on your pronunciation or build your medical vocabulary. The site also includes a talking dictionary, medical videos, exercises, clinical cases, words and expressions for specialists...

If the corners of your mouth, where the upper¹ and lower² lip³ meet, tend to be sore⁴, crack or even bleed⁵, you may be suffering from angular cheilitis (AC), also known as perlèche. This is a fairly⁶ common condition⁷ that has a large number of predisposing factors. As a result, finding the cause or causes requires a thorough⁸ exploration of medical history⁹ together with¹⁰ an investigation of behavioural, anatomical and dietary issues¹¹, as well as swabs¹² of the oral cavity and nose. Blood tests are also useful to investigate vitamin deficiencies, for example.

Starting with medical history, the condition can be associated with chronic iron-deficiency anaemia or impaired¹³ immunity, as found in HIV/AIDS or diabetes mellitus or in patients on immunosuppressive medication. Contact dermatitis can also be involved¹⁴, with toothpaste¹⁵, or metals in orthodontic apparatus the main culprits¹⁶. The timing of the onset¹⁷ of AC may help in determining the implication of contact dermatitis. Patients need to be questioned about such matters¹⁸. The excessive use of vitamin A supplements can also cause AC.

As for¹⁹ behaviour, thumb-sucking²⁰, lip-licking²¹ and the aggressive use of dental floss²² are habits that should be explored and corrected if necessary.

Angular cheilitis can both²³ be triggered²⁴ by and cause an unsatisfactory diet. Deficiencies in vitamins B2, B12, folate, iron and zinc have all been linked to²⁵ the condition, and blood tests to screen for²⁶ these should be done. In addition, patients with AC need to be monitored for weight loss²⁷, as the pain caused by cracked lips may reduce food intake²⁸.

Finally, anatomical issues should be taken into account. Poorly fitting²⁹ dentures³⁰ that do not provide³¹ enough support behind the lips, or exacerbate overlapping³² of the lips may be creating a favourable moist³³ environment for the pathogens involved in AC, mainly candida albicans and streptococcus aureus, to thrive³⁴. Naturally depressed oral commissures can also trigger AC, and in such cases, the injection of dermal fillers³⁵ may be beneficial.

Once the underlying³⁶ cause of the AC has been determined, treatment can begin, first by correcting dietary deficiencies, bad habits and poorly fitting dentures. Then, the results of the swab tests will indicate what agents should be used to treat the pathogens present: a topical anti-candidal agent (clotrimazole, miconazole, ketoconazole, nystatin) and/or a topical antibiotic (mupirocin, erythromycin, clindamycin) if the swab culture showed bacterial overgrowth³⁷. A topical barrier paste (zinc oxide) or lip balm can also be used to relieve³⁸ the pain and promote healing³⁹. The use of nystatin or amphotericin B lozenges⁴⁰ can also provide relief⁴¹.

If the AC persists in the absence of any dietary, behavioural or anatomical fac-

tors, the patient should undergo tests⁴² to identify an underlying immunodeficiency disorder.

1. superior (= supérieure)
2. inferior (= inférieure)
3. labium (= lèvre)
4. painful (= douloureux)
5. haemorrhage (= saigner)
6. rather (= assez, plutôt)
7. pathology (= pathologie, maladie)
8. complete, exhaustive (= minutieuse)
9. anamnesis, case history (= antécédents médicaux)
10. along with (= en même temps que)
11. matters of concern (= problèmes, questions)
12. samples collected with a small piece of soft material (= prélèvements)
13. diminished, weakened (= altérée, compromise)
14. implicated (= impliquée, associée)
15. dentifrice (= dentifrice)
16. guilty party (= coupables)
17. beginning, starting point (= apparition, début)
18. issues (= sujets, questions)
19. concerning (= pour ce qui est de)
20. the habit of putting one's thumb in one's mouth (= la succion du pouce)
21. the habit of passing one's tongue over one's lips (= le fait de se lécher les lèvres)
22. soft thread of floss silk or similar material used to clean between the teeth (= fil dentaire)
23. equally, at the same time (= à la fois)
24. initiated (= provoquée)
25. related to (= associées, liées à)
26. to detect (= dépister, détecter)
27. reduction of the total body mass (= perte de poids)
28. food which is ingested (= apport, consommation)
29. ill fitting, inadequate (= mal ajustés)
30. dental appliances (= dentiers)
31. give, supply (= fournir, donner)

English corner

32. extension of one tissue over another (= chevauchement)
 33. slightly wet, humid (= humide)
 34. to develop (= se propager)
 35. gel-like product injected into the skin (= produits de comblement dermique)
 36. hidden, latent (= sous-jacente)
37. profusion, proliferation (= prolifération)
 38. to attenuate (= calmer, soulager)
 39. returning to health (= guérison)
 40. tablets, pastilles (= pastilles)
 41. alleviation (= soulagement)
 42. benefit from tests (= passer des examens)

Exercice 1. Certains mots composés anglais (noms ou adjectifs) sont construits à partir d'un gérondif (V-ing).

Ex thumb-sucking (suction du pouce), lip-licking (le fait de se lécher les lèvres).

Traduisez les expressions suivantes à l'aide d'un mot composé à partir d'un gérondif :

1. somnambulisme
2. sparadrap
3. lavage de cerveau
4. canne
5. chronophage
6. allaitement maternel
7. nourrir au biberon
8. médicament à action rapide

Exercice 2. Certains comparatifs anglais (upper, lower...) correspondent à un simple adjectif en français (supérieur, inférieur...).

Traduisez les expressions suivantes en anglais à l'aide d'un comparatif :

1. la mâchoire supérieure
2. mon ancien/précédent dermatologue
3. la lèvre inférieure
4. la couche externe de la peau
5. les membres supérieurs
6. l'anneau interne
7. le quadrant supérieur
8. l'oreille externe

Correction
 Ex. 1. 1. sleepwalking; 2. sticking plaster; 3. brainwashing; 4. walking stick; 5. time-consuming; 6. breast feeding; 7. bottle feeding; 8. fast-acting drug.
 Ex. 2. 1. the upper jaw; 2. my former dermatologist; 3. the lower lip; 4. the outer layer of the skin; 5. the upper limbs; 6. the inner ring; 7. the upper quadrant; 8. the outer ear.

PPP ou « Panser une Plaie Papale »

Rémi Maghia^{1,2}

¹CHRU de Brest, Service de dermatologie, avenue Foch, 29200 Brest

²Société française des sciences humaines sur la peau (SFSHP), Maison de la dermatologie, 10 cité Malesherbes, 75009 Paris
r.maghia@cegetel.net

Nous voici devant une œuvre peu commune. Par son sujet : nous assistons au pansement de la jambe d'un pape. Par son traitement : on dirait un tableau très ancien, voire l'élément d'un retable, mais c'est le style voulu par l'artiste proche du préraphaélisme anglais (avec des sujets de prédilection tels que le Moyen Âge), qui crée cette atmosphère. Son auteur Ernest Board est un peintre de la fin du XIX^e siècle-début du XX^e peu connu, et cette œuvre est conservée à la Wellcome Library de Londres. On pourrait ajouter que la longueur du titre de l'œuvre est elle aussi assez inhabituelle. La présence de Pétrarque est figurée de façon étrange, floue en arrière-plan, en haut à gauche du tableau. La scène nécessite quelques explications historiques.

Un sujet d'histoire de la médecine : Guy de Chauliac

Guy de Chauliac, ou Gui de Chauliac, ou encore Gui de Chaulhac, né vers 1300, mort en 1368, est un chirurgien français très renommé, ayant publié un traité ayant fait longtemps autorité, intitulé *Chirurgia Magna*. Il est considéré comme le père de la chirurgie médicale, profession alors réservée aux barbiers. D'abord chanoine, puis médecin auprès de la papauté d'Avignon, il a été le médecin des papes Clément VI, Innocent VI et Urbain V [1].

Il a probablement commencé ses études de médecine à Toulouse, et est reçu maître en médecine en 1325 à Montpellier. Il continue sa formation à Bologne puis à Paris où il se perfectionne en anatomie. Vers 1344 il devient chanoine au monastère Saint-Just près de Lyon. Deux papes ont été évêques de Saint-Just, c'est peut-être la raison pour laquelle il est appelé à Avignon dès 1342 près du

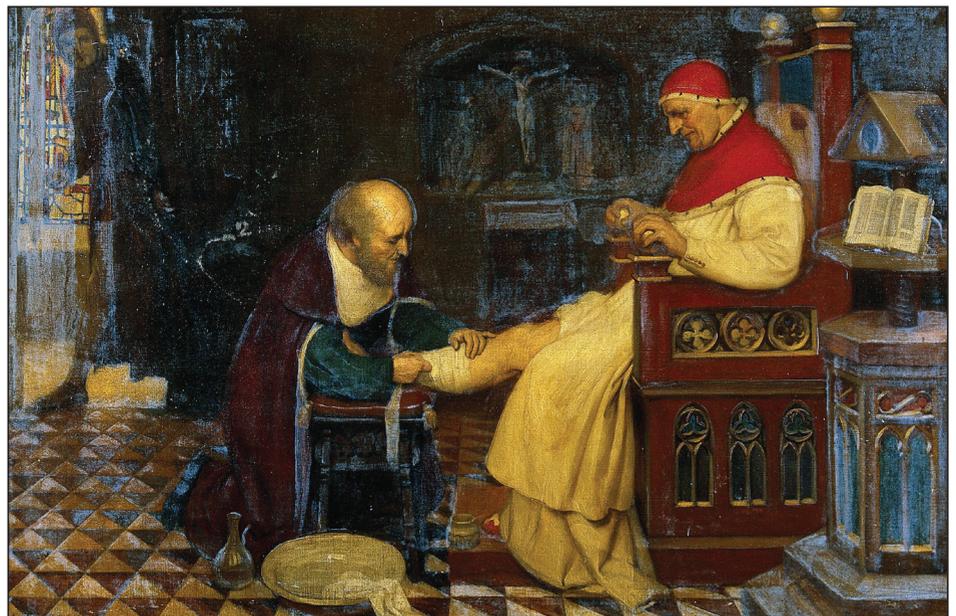


Figure 1. Ernest Board (1877–1934), Guy de Chauliac bandant la jambe du pape Clément VI à Avignon, tandis que Pétrarque, son ennemi, jaloux de son influence, le surveille, ca. 1348. Huile sur toile, ca.1912, 61,4 × 91,5 cm. Wellcome Library, Londres. Photo Wikimedia Commons, domaine public.

pape Clément VI, devenant par la suite le médecin des papes. En 1348 sévit à Avignon la grande peste, la peste noire. En vue d'enrayer ce fléau, Clément VI autorise cette année-là l'autopsie publique des pestiférés : ainsi Guy de Chauliac devient un des précurseurs de la dissection à but médical. Fait important, il pratique l'incision des bubons. Dévoué et en contact permanent avec les malades, il revendique avoir contracté la peste, s'être soigné lui-même et finir par en réchapper.

Il est considéré (au moins en France) comme le plus grand chirurgien du Moyen Âge, publiant en 1363 son traité (en latin médiéval) de Grande Chirurgie *Chirurgia Magna*, dans lequel il fait référence à Hippocrate, Galien, et à l'*Al-Tasrif*, rédigé près de 400 ans plus tôt par Abu Al-Qasim (Abulcasis). Son livre a été traduit dans de nombreuses

langues – notamment en français – et sera en Europe l'ouvrage de référence pendant près de quatre siècles (jusqu'au XVIII^e siècle).

Si l'on en revient au tableau, l'une des principales recommandations de Guy concernait les plâtres et les bandages pour le traitement des plaies, comme on peut le voir sur la peinture. Malheureusement, il pensait aussi que le pus était bon pour le traitement des plaies et que celles-ci devaient être bandées avec le pus. À noter qu'il semblerait que parmi ses soins prodigués à Clément VI, Guy aurait effectué une trépanation sur le Pape pour des céphalées...

Par rapport à la présence de Pétrarque sur le tableau, Pétrarque et Guy étaient à la cour d'Avignon en même temps. Il semblerait qu'ils étaient ennemis. Nous y reviendrons.

L'art dans la peau

Ernest Board, peintre d'histoire

Né à Worcester en 1877, il fait ses études à Bristol. Il a passé la majeure partie de sa carrière dans cette ville, traitant des aspects historiques de Bristol, en peignant des sujets historiques et des portraits. En 1902 il expose à la Royal Academy. Vers 1912, Henry S. Wellcome lui passe commande d'une série sur les grands épisodes liés à l'histoire de la médecine et de la science : le résultat, assez spectaculaire, en est la réalisation de 26 peintures, dont celle-ci. Nombre de ses œuvres se trouvent à la Bristol Art Gallery. Il a été chargé de réaliser des décorations murales dans les Chambres du Parlement et dans la salle du Conseil de la Corporation de Bristol. Vers 1932 il décide de tenter sa chance à Londres, ce qui ne se concrétise malheureusement pas. Il déménage ensuite dans le Surrey où il conçoit un retable. Il meurt en 1934 âgé de 57 ans.

Certaines de ses grandes peintures historiques du début des années 1900 ressemblent à des fresques murales avec une touche de sensibilité préraphaélite. Ses tableaux de la Wellcome library sont plus conventionnels.

Le tableau

Il met en relief la haute fonction de ce Guy de Chauliac, médecin des papes en Avignon, qui bande lui-même avec grande précaution la jambe papale. On ne sait pas grand-chose de l'affection jambière du pape Clément VI, mais probablement s'agit-il d'abcès purulents comme on va le voir plus loin. Les visages

du soignant et du soigné sont représentés de profil. Le centre du tableau se situe juste au-dessus de la main de Guy, on peut dire que toute l'attention pour nous se porte sur le bandage de la plaie, mais pour les protagonistes également, du fait de la convergence de leurs regards respectifs. Les motifs du carrelage nous donnent la perspective avec un point de fuite se situant entre les deux hommes, à la droite et légèrement au-dessus de la tête de Guy. En arrière-plan le Christ en croix est disposé exactement entre les deux hommes. Tout le décorum et tous les objets évoquent l'atmosphère de la cour papale.

Le pape Clément VI : admiré car très brillant mais fort dépensier

Son pontificat est marqué par le faste et la magnificence, la mise en œuvre de grands projets architecturaux de transformations du Palais papal. Mais marqué aussi par la Peste noire qui décime l'Europe à partir de 1348. De façon très courageuse, sa bulle « *Quamvis perfidiam* », rendue en septembre 1348, a pour objet d'offrir une protection aux juifs accusés d'empoisonner les puits : il menace d'excommunier quiconque accuse les Juifs de cela.

Sur sa santé, on sait qu'il était sujet à la gravelle (calculs rénaux), dont il va mourir. Qu'il était entouré de très nombreux médecins et chirurgiens. Il souffrait aussi de goutte (des bains d'eau de mer auraient été bénéfiques au pied pontifical en 1343) et d'abcès purulents. Il est difficile de dire la signification précise du bandage du tableau :

peut-être une allusion à ces fameux abcès purulents.

La présence de Pétrarque dans le tableau

Francesco Petrarca, en français Pétrarque (Arezzo, 1304 - Arquà, 1374), est un érudit, grand poète et humaniste florentin. Il a fait ses études à Carpentras, à Montpellier, à Bologne, et de nombreux séjours à Avignon. Il a dit beaucoup de mal d'Avignon et de sa cour, il vénérât Rome. Il a eu des rapports tendus avec Clément VI, lui reprochant son lustre, et lui ayant même demandé (sans effet) de faire revenir la papauté à Rome. Ses relations furent peu amènes avec le nouveau pape Innocent VI, ainsi qu'avec le grand chirurgien Guy de Chauliac, en raison de jeu d'influences divergentes. Bref, il méprisait la papauté d'Avignon tout en recherchant ses faveurs, critiquait les mœurs de la cour tout en y séjournant longtemps.

Tout ceci expliquant probablement sa présence étrange et floue sur le tableau. En avant d'un vitrail, Pétrarque semble s'extraire de la pénombre, s'avancer, et jeter un regard inquisiteur sur la scène se déroulant devant lui. 

Liens d'intérêts : l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

Référence :

Waquet H. Note sur les médecins de Clément VI. In: *Mélanges d'archéologie et d'histoire*, tome 32, 1912 : 45-48. Disponible à l'adresse suivante : https://www.persee.fr/doc/mefr_0223-4874_1912_num_32_1_7066

Moutarde, cassis et pain d'épices...

Danielle Bouilly

Dijon

bouilly-avray.danielle@wanadoo.fr

Un trio de dons gourmands que le ciel a départi à l'heureuse Bourgogne !

« *Je chatouille la bouche et pique le nez* », amusante devise que celle de ce Dijonnais, moutardier du Pape Jean XXII, au XIV^e siècle. Parlons donc de la moutarde.

Terre de vignoble, la Bourgogne pouvait fournir vin ou vinaigre nécessaire à sa fabrication. Région calcaire et boisée, terre de charbonniers, propice à la culture du **sénévé**, province gourmande, tournée vers la gastronomie et les plaisirs de la table, la Bourgogne fit rapidement de la moutarde l'une de ses spécialités.

Un peu d'histoire

La moutarde vient d'une graine appelée *sénévé* qui titille les fins palais depuis presque trois mille ans !

Métaphore de la foi chrétienne, son nom apparaît plusieurs fois dans la Bible, comme « *la Parole du grain de sénévé* » (Ev. St Matthieu, chap.13, versets 31-32).

Les Chinois la cultivaient déjà, les Égyptiens, les Grecs et les Romains l'utilisaient en cuisine et en médecine, souvent comme une épice au même titre que coriandre ou poivre noir, rare et cher, ou comme conservateur alimentaire.

Le premier à donner une recette fut l'agronome romain, Columelle, au I^{er} siècle, dans son livre *De Rustica* (XII, 55) suivi par Apicius au IV^e siècle dans son *De re Coquinaria*. Déjà consommée sous forme de pâte faite de grains écrasés, vinaigre, huile et miel, cette recette sera utilisée jusqu'au Moyen Âge pour relever les plats.

La renommée de Dijon, on la doit à ce Dijonnais, petit cousin du Pape Jean XXII. En 1316, fraîchement promu, le pape décide de lui donner une charge ; mais que sait-il donc faire ce Bourguignon ? Et de lui répondre : « *mais vénéré cousin, à Dijon, nous ne savons faire que de la moutarde !* ». Qu'à cela ne tienne, il fut nommé « Premier Moutardier » !

Les siècles passant, la moutarde devient un accompagnement très recherché, notamment dans les banquets princiers, et au XVI^e siècle, quelle hérésie de déguster un morceau de viande sans l'accompagner de moutarde comme le dit ce proverbe :

« *De trois choses Dieu nous garde :*

De bœuf salé sans moutarde,

De valet qui se regarde

Et de femme qui se farde ? »

Quant à l'origine du nom, deux hypothèses prévalent :

Le nom viendrait du latin « *mustum ardam* » soit *moult ardent*, en raison du piquant ?

Ou bien de cette anecdote qui évoque le rôle de Charles VI ? En 1383, appelé par Philippe le Hardi pour porter secours au Comte de Flandres assiégé, il rassemble une armée de mille hommes, qu'il finance en prélevant une dîme auprès des marchands de sénevé. Victorieux, il serait rentré à Dijon avec un drapeau sur lequel était inscrit « *moult me tarde de rentrer à Dijon* » ; mais le vent causant un pli, « me » a disparu, donnant naissance au mot « *moulttarde* ». Ainsi le roi autorisa les fabricants de sénevé à devenir moutardiers et à utiliser les armes de la Bourgogne sur leurs produits.

Dès le XV^e siècle, les Vinaigriers-Sauciers-Moutardiers s'organisent en Corps de métier et se donnent des statuts. Au XVIII^e siècle, la concurrence est rude entre Paris (Maille et ses moutardes parfumées) et Dijon où la renommée tient à la personne de Jean Naigeon, qui remplace le vinaigre par ce jus de raisin vert qu'on appelle « Verjus ».

Peu à peu, les petits Moutardiers laissent la place aux plus grands comme le géant Amora, qui font passer l'activité d'artisanale à industrielle.

En 1937, un décret protège la recette en fixant les conditions de fabrication et l'appellation « **moutarde de Bourgogne** ». Depuis 2004, elle désigne un produit fabriqué à partir de graines de moutarde cultivées en Bourgogne et de



Recette

verjus à base de vin de Bourgogne. Mais, peu à peu, en raison de l'interdiction des pesticides (c'est une plante fragile), la culture a disparu de la région et la majorité vient du Canada (Canada qui a vécu une période de sécheresse intense en 2021, ce qui explique la pénurie de 2022 !) mais, ouf !, 90 % de la production consommée reste produite à Dijon !, ce qu'a bien fait comprendre le maire de Dijon qui, répondant au souhait du président Barack Obama, un jour de 2009, de vouloir goûter de la moutarde de Dijon lui écrivit : « *J'ai le plaisir de vous adresser une sélection de ce produit, fruit d'une longue tradition et d'un savoir faire unique au monde, qui vous convaincra, s'il en était besoin, qu'il n'est de moutarde que de Dijon* ».

Sa fabrication

La moutarde est obtenue par broyage des graines de sénévé, mélangées initialement à du moût (jus non fermenté) qui sera remplacé par la suite par le verjus moderne dès la fin du XIX^e siècle, soit un mélange de, vinaigre, eau et sel. Ce broyage est fait entre deux meules de pierre puis la pâte obtenue est tamisée pour enlever le son (sauf dans la moutarde en grains). Un repos de quelques jours en fût permet à l'essence de moutarde de se libérer grâce à une réaction chimique, lui faisant perdre son amertume. Elle est conditionnée traditionnellement dans des pots en faïence (au début) puis en grès (abritée de la lumière) ou des emballages plus ou moins fantaisistes.

Vertus gastronomiques certes mais aussi médicales

Et n'est-ce pas Rabelais qui en décrit les vertus **stimulantes** dans Gargantua ? : « *Étant naturellement flegmatique, il commençait, son repas par quelques dizaines de jambons, de langues de bœuf fumées, de cervelas, d'andouilles et tels autres avant-coureurs de vin. Pendant ce temps, quatre de ses gens lui jetaient dans la bouche, l'un après l'autre et sans cesse de la moutarde à pleines palerées ; après-quoi, il buvait un honorifique trait de vin blanc pour lui soulager les rognons* ».

Cela grâce à la présence des vitamines C, B9, B2, B6, et des minéraux : Ca, Mg, Ph, Fe.

Adieu ballonnements et inconforts digestifs : elle augmente la production de salive et de sucs gastriques, et combat la fermentation grâce aux composés soufrés antiseptiques.

Vous avez froid ? Troquez plaids et grosses chaussettes contre une dose de moutarde qui va produire une vasodilatation avec effet de chaleur.

Le nez qui coule, la voix enrouée, misez sur un cataplasme à la farine de moutarde (déjà décrit par Paul d'Égine, médecin grec du VII^e siècle) : *2c/s de farine dans un peu d'eau tiède, étaler entre deux compresses de gaze sur la poitrine pendant dix minutes.* Les propriétés anti-infectieuses sont dues aux composés soufrés que sont la myrosine et la sinigrine.

Un certificat de longue vie ? Grâce aux caroténoïdes (lutéine et réaxanthine) qui neutralisent les R^o.

Et... pourquoi la moutarde me monte au nez ??

Cela est dû à l'**isothiocyanate d'allyle** qui provient d'une réaction chimique entre l'eau du broyage avec la sinigrine et la myrosine contenues dans les graines. Cette molécule très volatile va venir chatouiller les terminaisons nerveuses du nerf trijumeau dans sa partie olfactive.

Et si toutefois vous aviez envie de faire votre moutarde, voici la recette que Bossuet donna au duc de Bourgogne à l'aube du XVIII^e siècle : « *Prenez graines de bonne moutarde, faites mâcher et non écraser par meule de pierre dure, séparez-en les amandes de l'écorce en mécaniques savantes, arrosez de verjus ou de vin blanc des côteaux de Nuits ou de Beaune et vous obtiendrez une pâte onctueuse et de teinte claire suavement excitante d'appétit, montant au nez en un agreste chatouillement et sans picotement de gorge* ».

Et pour la tester une recette simple, classique et goûteuse.

Le lapin à la moutarde

Il faudra : un lapin de 2,5 kg environ, 2 foies de volaille, le foie du lapin, 1/2 pain de mie, 15 cl de lait, un oignon,



deux échalotes, persil, thym, laurier en poudre, une gousse d'ail, un jaune d'œufs, poivre, sel, trois cuillères à soupe de moutarde forte de Dijon, chapelure, 20 cl de crème fraîche.

Pour la farce

Faire suer dans du beurre échalotes et oignon hachés finement. Hors du feu, ajouter les foies (lapin et volaille) hachés, puis la mie de pain trempée dans le lait et égouttée. Ajouter la persillade, le thym, le laurier et l'ail haché finement puis les jaunes d'œufs ; saler et poivrer et bien mélanger.

Cuisson du lapin

Farcir le lapin, le ficeler et le rôtir au four dans une cocotte pendant 45 minutes. L'enduire de moutarde et saupoudrer de chapelure puis continuer la cuisson 15 minutes. Recueillir le jus de cuisson dans une casserole, ajouter la crème, faire chauffer doucement pour lier et rectifier l'assaisonnement.

Dans les verres

Plutôt un vin rouge léger comme un Brouilly ou un vin blanc charnu et puissant comme un Saint-Aubain.

Mes sources :

Bulletin d'histoire, littérature et arts du diocèse de Dijon.
Confrérie de la moutarde de Dijon, 47 rue Hoche à Dijon.
Sloimovici A. *Ethnocuisine de la Bourgogne*. Imp. Raffestin, 1973.
Hell-Girod G, Mornand F. *Recettes de la table bourguignonne*. Lib. Istra, 1972. 🍷

Renée Vivien : L'icône

Marc Reverte

Sainte-Maxime
dr.reverte@orange.frTon âme

« Ton âme, c'est la chose exquise et parfumée
Qui s'ouvre avec lenteur, en silence, en tremblant,
Et qui, pleine d'amour, s'étonne d'être aimée.
Ton âme, c'est le lys, le lys divin et blanc.

Comme un souffle des bois remplis de violettes,
Ton souffle rafraîchit le front du désespoir,
Et l'on apprend de toi les bravoures muettes.
Ton âme est le poème, et le chant, et le soir.

Ton âme est la fraîcheur, ton âme est la rosée,
Ton âme est ce regard bienveillant du matin
Qui ranime d'un mot l'espérance brisée...
Ton âme est la pitié finale du destin. »

Pour terminer ce mini-cycle sur les poétesses françaises, Renée Vivien est la bienvenue. Il était impossible de ne pas la citer d'autant que son œuvre est en train d'être pleinement reconnue et est l'objet de considération.

Rappelons qu'un prix littéraire porte son nom. Surnommée Sapho 1900, Renée Vivien est considérée comme une icône majeure de la poésie. Pourtant, de son vivant, Renée Vivien vit à contre-courant de son époque. Elle est la première poétesse francophone à écrire sur son amour des femmes. L'homosexualité étant encore à l'époque considérée comme une maladie mentale, la société la perçoit comme une perniciose et une débauchée. Il faudra donc attendre 1986 pour que ses poèmes soient réédités et appréciés à leur juste valeur. Son œuvre complète est constituée, entre autres, d'une dizaine de recueils de poésie. Elle nous laisse des vers d'une beauté et d'une modernité indéniables.

Née Pauline Mary Tarn en 1877 et morte en 1909, elle vécut à l'abri du besoin financier grâce à son père qui lui avait laissé sa fortune. Elle appartient au courant parnassien et sa poésie, en alexandrins, est marquée par la mélancolie, les soupirs et l'évocation de la fatalité. Elle signera ses poèmes d'abord R. Vivien, puis René (au masculin) Vivien puis, enfin, Renée Vivien.

L'amour a souvent pour perspective le deuil et la prière mais est presque toujours tourné vers la nature. On la surnomme également la « Muse des Violettes » pour son amour de la fleur, de la couleur mais surtout pour Violet Shillito qui fut son

premier grand amour. L'homosexualité est abordée sans cruauté (au contraire de Baudelaire), dans une atmosphère un peu féérique, dans une évocation d'un désir tendre, d'un sentiment d'ivresse et de liberté.

Le premier poème, *Ton âme*, reflète assez bien cela.

On retrouve la Nature, le désir tendre, la légèreté, la liberté, la féerie, et... les violettes. On pourra noter que les trois premiers vers peuvent faire penser à un sexe féminin juste avant l'acte d'amour...

Veillée heureuse

« J'épie, avec amour, ton sommeil dans la nuit
Ton front a revêtu la majesté de l'ombre,
Tout son enchantement et son prestige sombre...
Et l'heure, comme une eau nocturne, coule et fuit !

Tu dors auprès de moi, comme un enfant... J'écoute
Ton souffle doux et faible et presque musical
S'élevant, s'abaissant, selon un rythme égal...
Ton âme, loin de moi, suit une longue route...

Tes yeux lassés sont clos, ô visage parfait !
Te contemplant ainsi, j'écoute, ô mon amante !
Comme un chant très lointain, ton haleine dormante,
Je l'entends et mon cœur est doux et satisfait. »

Ce second poème assume pleinement l'homosexualité : « ô mon amante » au vers 10.

Il est doux, léger, amoureux. On ressent ce sentiment de sérénité, de plénitude à se trouver auprès de l'être aimé.

La lecture laisse entendre le silence uniquement rythmé par le « *souffle doux et faible et presque musical* », on sent une paix intérieure marquée par le « *chant très lointain* » et « *l'haleine dormante* ».

Le temps « *coule et fuit* ».

C'est le bonheur car le « *cœur est doux et satisfait* ».

La poésie de Renée Vivien est belle, faite d'alexandrins superbes, de mots bien choisis et de thèmes éternels... 