

# Journées Dermatologiques de Paris

## DOSSIER DE PRESSE

ÉDITION 2013

JOURNÉES  
DERMATOLOGIQUES  
DE PARIS

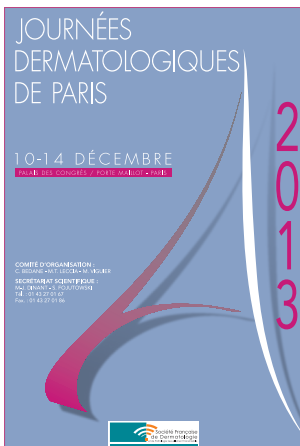
10-14 DÉCEMBRE  
PALAIS DES CONGRÈS / PORTE MAILLOT - PARIS

COMITÉ D'ORGANISATION :  
C. BEDANE - M. J. LECOR - M. VIGUIER  
SECRETARIAT SCIENTIFIQUE :  
M.-J. DINANT - S. FOJUTOWSKI  
Tél. : 01 43 27 01 67  
Fax : 01 43 27 01 86

Société Française  
de Dermatologie  
et de Pathologie Sexuellement Transmissible

Société Française de Dermatologie - 25, rue la Boétie - 75008 PARIS  
e-mail : [jdp@sfdermato.com](mailto:jdp@sfdermato.com)

10 - 14 Décembre 2013



# Journées Dermatologiques de Paris

**La nouvelle édition**  
**10-14 décembre 2013**

Le rendez-vous annuel incontournable en Dermatologie.

Organisées comme chaque année par la Société Française de Dermatologie, les Journées Dermatologiques de Paris sont l'occasion pour les praticiens d'échanger, de s'informer et de se former. Le programme scientifique est établi pour satisfaire les attentes de tous, quels que soient leurs centres d'intérêt en Dermatologie.

Au total, ce sont 2 plénières, 9 ateliers, 85 FMC, 19 Forums et plus de 500 communications orales ou affichées qui sont proposés pour découvrir l'innovation et l'actualité scientifique, technologique et thérapeutique internationales en Dermatologie.

Venez partager l'actualité en Dermatologie.

## CONTACT PRESSE

Dr Brigitte Roy-Geffroy  
Société Française de Dermatologie  
b.roygeffroy@sfdermato.com  
06 80 21 08 03 - 01 43 27 01 56  
www.sfdermato.com - Espace presse



# Journées Dermatologiques de Paris

Edition 2013

<b>Thème 1</b>	<b>ACNÉ - ROSACÉE - MALADIE DE VERNEUIL</b> Acné et rosacée, une prise en charge souvent délicate dans un contexte thérapeutique évolutif Pr Brigitte DRÉNO	1
<b>Thème 2</b>	<b>ANGIO-DERMATOLOGIE</b> La cicatrisation cutanée, un processus complexe à gérer malgré les innovations thérapeutiques mises à disposition Docteur Clélia DEBURE	3
<b>Thème 3</b>	<b>TOXIDERMIE</b> Toxidermie : des avancées importantes dans la physiopathologie et une meilleure connaissance des complications et séquelles Dr Laurence VALLEYRIE-ALLANORE	5
<b>Thème 4</b>	<b>LYMPHOMES CUTANÉS</b> Vers de nouveaux marqueurs et des thérapies ciblées Pr Martine BAGOT	6
<b>Thème 5</b>	<b>URTICAIRES</b> Actualités 2013 sur les urticaires Pr Marie-Sylvie DOUTRE	7
<b>Thème 6</b>	<b>DERMATOLOGIE INFECTIEUSE</b> Actualités en 2013 Dr Pascal DEL GIUDICE	9
<b>Thème 7</b>	<b>DERMATOLOGIE ESTHÉTIQUE</b> Du Cosmos à la Science, de la Science à la Cosmétique Dr Anny COHEN-LETESSIER - Pr Philippe HUMBERT	10
<b>Thème 8</b>	<b>PRURIT- MÉDECINE INTERNE</b> Actualités en 2013 Pr Laurent MISERY	11
<b>Thème 9</b>	<b>CANCÉROLOGIE CUTANÉE</b> De nouveaux traitements depuis plusieurs années qui modifient considérablement la prise en charge des lésions évoluées Pr Laurent MORTIER	12
<b>Thème 10</b>	<b>PSORIASIS</b> Psoriasis : contrôler la maladie et prendre en charge les comorbidités nécessite une approche multidisciplinaire Pr Carle PAUL	15
<b>Thème 11</b>	<b>IMAGERIE CUTANÉE NON INVASIVE</b> Imagerie Cutanée Non Invasive en Dermatologie : vers la biopsie cutanée virtuelle ? Pr Philippe BAHADORAN	17
<b>Thème 12</b>	<b>ACTUALITES EN PHOTODERMATOLOGIE</b> Photothérapie, photosensibilisation, photoprotection : mise au point Pr Christophe BEDANE	20
<b>Thème 13</b>	<b>DERMATOLOGIE PÉDIATRIQUE</b> Hémangiomes, gale et psoriasis de l'enfant Pr Christine BODEMER	21

MIEUX CONNAÎTRE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE

24

## Acné et rosacée, une prise en charge souvent délicate dans un contexte thérapeutique évolutif

Professeur Brigitte DRÉNO

Clinique de Dermatologie et Photobiologie, CHU Nantes

Les dermatoses faciales telles que l'acné et la rosacée sont souvent difficiles à prendre en charge, notamment du fait de leur caractère chronique et du retentissement important induit sur la qualité de vie des patients. Or, il s'agit de pathologies rencontrées très fréquemment par le dermatologue.

### Une acné, des acnés, des traitements



Photo Collection Pr Brigitte Dréno

L'acné est une dermatose inflammatoire chronique du follicule pilosébacé qui se développe le plus souvent à l'adolescence. Cependant, l'acné de la femme adulte est une forme clinique de plus en plus décrite en consultation dermatologique.

La prise en charge de l'acné repose sur le traitement des lésions aiguës mais il est essentiel aussi de prévenir et corriger les lésions séquellaires.

Dans le cadre de la prise en charge des lésions actives d'acné, l'isotrétinoïne par voie orale reste un traitement de choix, bien que les contraintes sur sa prescription pèsent sur le dermatologue. C'est pourquoi, il est peu prescrit dans l'acné de la femme adulte alors qu'il s'est avéré efficace<sup>1</sup>.

L'année 2013 a été marquée en février, par la décision de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) de suspendre la commercialisation du traitement hormonal Diane 35<sup>®</sup> et de ses génériques, estimant que le rapport bénéfices/risques était défavorable dans le traitement de l'acné, en particulier en raison d'un risque thromboembolique important. La prescription hors AMM préférentielle a été un argument supplémentaire pour l'ANSM. En juillet, la Commission européenne a décidé de lever cette suspension et de restreindre la prescription de cette hormonothérapie au traitement de seconde intention de l'acné modérée à sévère chez les femmes en âge de procréer, après élimination des éventuels facteurs de risque thromboemboliques. Ainsi, ce traitement hormonal devrait de nouveau être disponible en France dans les prochains mois.

En cas de grossesse, un nouveau challenge s'impose au dermatologue pour la prise en charge des lésions d'acné. Le peroxyde de benzoyle s'avère le traitement topique le plus efficace dans cette situation, les antibiotiques topiques (érythromycine et clindamycine) induisant rapidement une résistance bactériologique qui limite leur utilisation<sup>2</sup>.

Les séquelles inesthétiques survenant au décours de lésions évolutives au niveau du visage entraînent un préjudice esthétique très souvent mal vécu par les patients. Nous disposons maintenant d'un choix de plus en plus large de techniques et d'innovations, telles que peelings, lumière (photothérapie dynamique et lasers)... afin d'améliorer les lésions cicatricielles inesthétiques du visage et d'adapter au mieux la solution thérapeutique à chaque patient<sup>3-4</sup>.

L'actualité thérapeutique en 2013 a mis en lumière le rôle essentiel du dermatologue dans la prise en charge de l'acné et du bon usage de ses traitements. C'est pourquoi la Société Française de Dermatologie va actualiser les connaissances dans ce domaine en s'attachant à la méthode qui est celle de la médecine fondée sur les preuves confrontée à l'expérience professionnelle de la communauté médicale et scientifique.

### Rosacée, quand tu me fais rougir...

La rosacée est une maladie fréquente touchant le plus souvent les adultes après l'âge de 20 ans. La demande de traitement est de plus en plus importante de la part des patients. Il existe plusieurs stades cliniques : érythème, couperose, bouffées vaso-motrices, puis forme papulo-pustuleuse et enfin fibrose (rhinophyma).

L'érythème et la couperose ne répondent pas aux traitements médicaux actuellement disponibles sur le marché. Et le laser vasculaire offre jusqu'à aujourd'hui la seule alternative thérapeutique pour les télangiectasies. Cependant, un traitement vasoconstricteur topique, le brimonidine tartrate (agoniste des récepteurs alpha-adrénergique), a montré récemment des résultats très encourageants dans la prise en charge de l'érythème présent dans la rosacée<sup>5</sup>. Ce traitement commercialisé aux USA depuis septembre 2013, ne l'est pas encore en France.

### Maladie de Verneuil, de nouvelles perspectives thérapeutiques.

La maladie de Verneuil, encore appelée hidradénite suppurée, est une pathologie inflammatoire chronique dont la physiopathologie demeure encore mal connue, et qui reste difficile à traiter malgré les traitements « classiques » disponibles (antibiothérapies, gluconate de zinc, chirurgie). Les lésions inflammatoires (abcès, nodules, fistules) surviennent dans les zones riches en glandes apocrines (aisselles, aines, fesses, seins).

Des avancées thérapeutiques importantes ont été réalisées ces dernières années, qui permettent d'optimiser la prise en charge de cette maladie et de redonner espoir aux patients. Récemment, les biothérapies ont montré leur efficacité dans cette indication (infiximab, adalimumab), par leur action immuno-modulatrice<sup>6</sup>. A noter également des résultats prometteurs pour la metformine, médicament prescrit habituellement dans le diabète<sup>7</sup>.

Il est important que le dermatologue connaisse bien cette pathologie dont le diagnostic survient trop souvent de façon retardée, afin de pouvoir répondre au mieux à la demande croissante des patients.

Ces trois dermatoses bénéficient d'avancées récentes et d'une meilleure connaissance des mécanismes de survenue, notamment en ce qui concerne la compréhension du rôle du microbiome et de l'immunité innée dans le développement de l'inflammation et sa chronicité. Ainsi, l'arsenal thérapeutique du dermatologue concernant l'acné, la rosacée et la maladie de Verneuil va s'enrichir dans les prochaines années, avec une ouverture vers les thérapies ciblées dans le but d'ajuster au mieux individuellement chaque traitement à son patient.

### Références bibliographiques

1. Preneau S, Dessinioti C, Nguyen J-M, Katsambas A, Dreno B. Predictive markers of response to isotretinoin in female acne. Eur J Dermatol EJD. 24 juin 2013.
2. Pugashetti R, Shinkai K. Treatment of acne vulgaris in pregnant patients. Dermatol Ther. juill 2013;26(4):302-311.
3. Sobanko JF, Alster TS. Management of acne scarring, part I: a comparative review of laser surgical approaches. Am J Clin Dermatol. 1 oct 2012;13(5):319-330.
4. Levy LL, Zeichner JA. Management of acne scarring, part II: a comparative review of non-laser-based, minimally invasive approaches. Am J Clin Dermatol. 1 oct 2012;13(5):331-340.
5. Fowler J, Jarratt M, Moore A, Meadows K, Pollack A, Steinhoff M, et al. Once-daily topical brimonidine tartrate gel 0.5% is a novel treatment for moderate to severe facial erythema of rosacea: results of two multicentre, randomized and vehicle-controlled studies. Br J Dermatol. mars 2012;166(3):633-641.
6. Blok JL, van Hattem S, Jonkman MF, Horváth B. Systemic therapy with immunosuppressive agents and retinoids in hidradenitis suppurativa: a systematic review. Br J Dermatol. févr 2013;168(2):243-252.
7. Verdolini R, Clayton N, Smith A, Alwash N, Mannello B. Metformin for the treatment of hidradenitis suppurativa: a little help along the way. J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV. sept 2013;27(9):1101-1108.

## La cicatrisation cutanée, un processus complexe à gérer malgré les innovations thérapeutiques mises à disposition

Docteur Clélia DEBURE

Groupe Angio-dermatologie de la Société Française de Dermatologie

Les plaies cutanées chroniques (ulcères de jambe et nécroses cutanées) restent de prévalence importante dans la population, 1 à 1,5 % et comportent un impact lourd en terme de santé publique, de qualité de vie.

### Les ulcères veineux, un véritable problème de santé publique non encore résolu malgré les nouveaux traitements à disposition

Les ulcères de jambe veineux représentent la majorité des étiologies, environ 70 %. Leur évolution chronique récidivante (50 % des cas) pose un problème de santé publique non encore résolu par l'arrivée des nouveaux pansements. Après un bilan vasculaire complet comprenant un écho-doppler veineux et malgré une prise en charge adaptée, les échecs sont possibles puisque 25 % des lésions ne sont pas cicatrisées en 12 semaines.

Il importe de savoir en évaluer les causes, qui ne sont pas directement liées à la prise en charge thérapeutique : facteurs socio-familiaux défavorables, mauvaise discipline du patient à la compression, réponse à une prise en charge correcte. En sachant que les ulcères récidivants exposent de plus en plus à des complications infectieuses, voire tumorales.

### Les ulcères de jambe d'étiologie artérielle, une approche de plus en plus spécialisée et technique

Les enjeux du bilan vasculaire et d'une évaluation précise sont de déterminer les indications de revascularisation parfois nécessaires, afin d'amorcer le bourgeonnement de la plaie, d'éviter une menace d'amputation ou de glissement général, en particulier chez la personne âgée.

Le bilan vasculaire fait appel aujourd'hui à des techniques d'évaluation performantes : échographie-doppler couleur, mesure de l'index des pressions systoliques, mesure de la TCpO<sub>2</sub>, et angioscanner.

Une fois le bilan et le diagnostic établis de façon fine et précise, une prise en charge performante de ces lésions d'origine artérielle est maintenant possible dans certains services hospitaliers spécialisés avec notamment la réalisation d'angioplasties de plus en plus distales sur le réseau artériel jambier.

### Les ulcères par atteinte microcirculatoire, une prise en charge encore difficile chez des patients fragilisés

Il est facile de distinguer et reconnaître cliniquement et histologiquement les deux types très particuliers de lésions d'origine microcirculatoire.

L'**angiodermite nécrotique** dont l'origine reste encore mystérieuse aujourd'hui, même si sa chronologie clinique et sa survenue chez la femme âgée hypertendue sont eux bien identifiés. La greffe cutanée en pastilles paraît, à ce jour encore, être le seul traitement publié à proposer, au moins pour calmer rapidement les douleurs toujours très violentes.

La **calciphylaxie** est une complication cutanée survenant essentiellement chez les patients insuffisants rénaux hémodialysés. Elle est sous-tendue par un aspect histologique très particulier de calcification massive des artérioles cutanées et des septums graisseux. Son pronostic est souvent très défavorable par son extension profonde sur des zones adipeuses, ses complications infectieuses importantes, et ses douleurs majeures.

Et malgré les différents traitements non codifiés qui peuvent être proposés, la calciphylaxie peut engager le pronostic vital sur un tel terrain fragilisé.

### Les ulcères de cause non vasculaire, attention au piège diagnostique

Ces ulcères non vasculaires réalisent un piège diagnostique qu'il est nécessaire de savoir détecter pour éviter des erreurs thérapeutiques. La clinique demeure l'outil diagnostique principal complété par l'examen histologique.

Leurs liens avec la médecine interne (*Pyoderma gangrenosum* et maladie de système, nécroses cutanées au cours des sclérodermies) en font un sujet intéressant pour ouvrir une discussion à propos d'un traitement de fond spécifique.

### Les techniques modernes de cicatrisation, un large choix à adapter à chaque cas particulier selon le stade et le type de plaie



Plaie en cours de cicatrisation. Photographie Dr Clélia Debure

Le large choix de pansements à notre disposition aujourd'hui permet de choisir le plus adapté au type et au stade de la plaie, afin d'apporter un confort au malade, mais aussi au soignant.

Leur mise au point s'appuie de plus en plus sur la connaissance des mécanismes de la cicatrisation : stimulation des facteurs de croissance, inhibition des protéases. On peut également espérer dans l'avenir, le bénéfice de l'utilisation de cellules souches mésenchymateuses appliquées au contact des plaies.

D'autres thérapeutiques innovantes coûteuses peuvent être proposées pour des plaies chroniques rebelles ne réagissant pas au traitement de première intention bien réalisé. Cependant, il est important de les évaluer encore par des études méthodologiques sérieuses.

Pour la pressothérapie négative, la HAS a édité ses recommandations ; et pour l'électrothérapie, dont le mécanisme physiologique n'est pas tout à fait clair, des études contrôlées sont attendues.

Il paraît néanmoins indispensable d'associer différentes techniques de cicatrisation, en privilégiant chaque fois que faire se peut, les greffes cutanées en pastilles, même si à ce jour aucune étude contrôlée randomisée sérieuse n'a été publiée.

**La cicatrisation cutanée n'est pas une spécialité reconnue et reste encore trop méconnue dans le cursus des études médicales. Il est important pour la prise en charge des patients, que deux spécialités, la peau et le capillaire, s'y retrouvent sur un territoire, une zone d'échange.**

#### Références bibliographiques

- Topical Treatment of Hypertensive Leg Ulcers With Platelet-Derived Growth FactorBB. Patricia Senet, MD; Eric Vicaut, MD, PhD; Nathalie Beneton, MD; Clelia Debure, MD; Catherine Lok, MD, PhD; Olivier Chosidow, MD, PhD. Arch Dermatol April 2011.
- Malignancy and Chronique Leg Ulcers. The Value of Systematic Wound Biopsies : A Prospective, Multicenter, Cross-sectionnal Study. Patricia Senet, MD; Patrick Combemale, MD; Clelia Debure, MD; Nathalie Baudot, MD; Laurent MachettMD ; Mounir Aout; Eric Vicaut, MD, PhD; Catherine Lok, MD, PhD; for the Angio Dermatology Group of the French Society of Dermatology. Arch Dermatol Feb 2012.
- Prognostic factors associated with healing of venous leg ulcers: a multicenter, prospective, cohort study. G. Chaby, P. Senet, O. Ganry, A. Caudron, D. Thuillier, C. Debure, S. Meaume, F. Truchetet, P. Combemale, F. Skowron, P. Joly, C. Lok, for the Angio-Dermatology Group of the French Society of Dermatology. Br J Dermatol 2013.

## Toxidermie : des avancées importantes dans la physiopathologie et une meilleure connaissance des complications et séquelles

Dr Laurence VALLEYRIE-ALLANORE

Groupe Toxidermies de la Société Française de Dermatologie

### De la génétique à la prévention

Des avancées majeures dans la connaissance des mécanismes des toxidermies\*, notamment sévères, permettent d'ores et déjà de déterminer les patients à risque pour une molécule spécifique.<sup>1,2</sup> Ces résultats font intervenir la notion de prédisposition selon l'origine ethnique et sont spécifiques d'une molécule donnée. Une stratégie de prophylaxie primaire spécifique commence à être initiée pour certaines molécules. Cette méthodologie permet pour chaque patient d'éviter la prescription d'une molécule à risque en présence du HLA spécifique et donc de limiter la survenue d'un accident médicamenteux grave.<sup>3</sup>

### Des avancées épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques contribuant à l'uniformisation des pratiques

De meilleures connaissances épidémiologiques par l'élaboration de scores (validation, score prédictifs de mortalité<sup>4</sup> et score spécifique d'imputabilité médicamenteuse<sup>5</sup>) permettent de mieux évaluer et distinguer les toxidermies. En parallèle, une description plus précise des caractéristiques phénotypiques des toxidermies sévères, des possibles formes de chevauchement, de leur pronostic<sup>6,7</sup> contribuent à diagnostiquer, orienter plus précocement les patients auprès de structures spécifiques du réseau national.

Du point de vue thérapeutique, le premier essai national randomisé multicentrique vient d'être initié afin d'évaluer deux stratégies de traitement (corticothérapie locale *versus* corticothérapie générale) dans le Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms (DRESS) modéré.

### L'organisation d'un suivi prolongé

L'impact à moyen terme des toxidermies sévères a été largement sous-estimé. La réalisation de patch-tests dans les toxidermies sévères peut contribuer à aider à la détermination de la molécule responsable dans un premier temps.<sup>10</sup>

Une meilleure connaissance de la mortalité en phase chronique<sup>7</sup> et des séquelles<sup>8,9</sup> a permis de sensibiliser les cliniciens à la nécessité d'un suivi prolongé. Un suivi multidisciplinaire impliquant dermatologues, ophtalmologues, psychiatre, psychologue, gynécologue... est organisé au sein du réseau national afin d'améliorer la prise en charge des patients.

*\*Réactions cutanées consécutives à l'administration systémique de produits pharmaceutiques, utilisés dans un but diagnostique, préventif ou thérapeutique, par voie entérale (digestive) ou parentérale (autres que digestives).*

### Références bibliographiques

1. Mc Cormack M et al. N Engl J Med 2011 ; 364:1134-43.
2. Genin E et al. Orphanet J Rare Dis 2011 ; 29:6:52.
3. Chen P et al. N Engl J Med 2011 ; 364:1126-33.
4. Sekula P et al. J Burn Care Res 2011 ; 32(2):237-45.
5. Sassolas et al. Clin Pharmacol Ther 2010 ; 88(1):60-8.
6. Lipowicz S, et al. Br J Dermatol 2013;168(4):726-32.
7. Sekula P et al. J Invest Dermatol 2013;133:1197-1204.
8. Hsu M et al. Cornea 2012 ; 31(12):1394-402.
9. Ushigome Y, et al 2013 ; 68:721-8.
10. Barbaud A et al .Br J Dermatol 2013 ; 168(3):555-62.



## Vers de nouveaux marqueurs et des thérapies ciblées

Pr Martine BAGOT

Service de Dermatologie et Inserm U 976. Hôpital Saint Louis, Paris

Les lymphomes cutanés sont des formes particulières de lymphomes qui, au lieu de toucher les ganglions comme la majorité des lymphomes, se manifestent au niveau de la peau. La peau est le deuxième site de lymphomes extra-ganglionnaires, après le tube digestif.

### Des tableaux cliniques variés

Les lymphomes cutanés se présentent sous forme de plaques rouges plus ou moins épaisses qui ont tendance à augmenter avec le temps et à s'accompagner de démangeaisons de plus en plus gênantes. Dans certaines formes de lymphomes, toute la peau est rouge, réalisant ce que l'on appelle une érythrodermie, et des cellules tumorales (cellules de Sézary) peuvent être mises en évidence dans le sang. D'autres types de lymphomes cutanés se manifestent sous forme de tumeurs rouges ou violacées et peuvent évoluer vers un envahissement des ganglions ou d'autres organes.

### Un diagnostic parfois difficile, aidé par de nouveaux biomarqueurs

Le diagnostic de lymphome cutané peut s'avérer parfois difficile aux stades débutants. C'est pourquoi, il est important de rechercher des biomarqueurs permettant un diagnostic plus sûr et plus précoce. Ces biomarqueurs peuvent aussi permettre de mieux évaluer le pronostic et de donner aux malades un traitement plus adapté.

CD158k/KIR3DL2 est un nouveau marqueur des lymphomes T cutanés qui permet d'améliorer le diagnostic de la maladie dans la peau et le sang. Par exemple, l'analyse de l'expression de ce biomarqueur par les lymphocytes du sang permet le diagnostic chez certains malades ayant des démangeaisons très invalidantes, mais des lésions cutanées peu visibles. A l'inverse, chez les malades ayant une érythrodermie, l'analyse de l'expression génique combinée de quatre marqueurs, T-plastine, Twist, CD158k/KIR3DL2 et NKp46, permet de faire précocement le diagnostic de lymphome cutané.

### Développement de traitements ciblés

Aux stades débutants, les lymphomes cutanés ont un très bon pronostic et relèvent de traitements locaux.

Mais aux stades avancés, la prise en charge peut devenir compliquée. Des traitements immunomodulateurs, tels que les inhibiteurs d'histone déacétylase, qui modifient la transcription de gènes, peuvent alors apporter un bénéfice thérapeutique. La greffe de moelle peut également représenter une solution bénéfique dans certains cas avancés. Un espoir important réside dans le développement d'anticorps monoclonaux ciblés. En effet, certains anticorps thérapeutiques détruisent tous les lymphocytes du malade et l'exposent à des infections bactériennes et virales extrêmement sévères. Les projets en cours permettent d'espérer le développement clinique prochain de nouveaux anticorps à usage thérapeutique dirigés contre la molécule CD158k/KIR3DL2, qui détruiront spécifiquement les cellules lymphomateuses sans léser les lymphocytes sains, permettant ainsi aux malades traités de conserver une très bonne immunité contre les infections.

### Un réseau national pour la prise en charge des lymphomes cutanés

Dans le cadre de l'appel d'offre cancers rares, l'INCa a identifié un réseau national de prise en charge de ces tumeurs cutanées rares. Ce réseau, le Groupe Français d'Etude des Lymphomes Cutanés émet des avis d'experts qui permettent d'améliorer le diagnostic et la prise en charge thérapeutique. Il dispose d'un site internet donnant des informations aux professionnels et aux patients. Une brochure complète d'information pour les patients et leurs proches, intitulée « Comprendre les lymphomes cutanés » a été réalisée en partenariat avec l'association de malades France Lymphomes Espoir.

Le réseau lymphomes cutanés est très activement impliqué dans la recherche translationnelle et les innovations thérapeutiques au niveau européen. Il organise en 2014 à Paris le congrès européen de l'European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) sur les lymphomes cutanés.

### Références bibliographiques

- Beylot-Barry M, Dereure O, Vergier B, et al. Prise en charge des lymphomes T cutanés : recommandations du Groupe français d'étude des lymphomes cutanés. *Ann Dermatol Venerol* 2010;137:611-621.
- Caudron A, Marie-Cardine A, Bensussan A, Bagot M. Actualités sur le syndrome de Sézary. *Ann Dermatol venerol* 2012 ;139:31-40.
- Prince HM, Whittaker S, Hoppe RT. How we treat mycosis fungoides and Sézary syndrome. *Blood* 2009;114:4337-53.
- Grange F, D'Incan M, Ortonne N, et al. Prise en charge des lymphomes B cutanés : recommandations du Groupe français d'étude des lymphomes cutanés. *Ann Dermatol Venerol* 2010;137:523-531.
- Senff NJ, Noordijk EM, Kim YH, et al. European Organization for Research and Treatment of Cancer and International Society for Cutaneous Lymphoma consensus recommendations for the management of cutaneous B-cell lymphomas. *Blood* 2008;112:1600-1609.
- Michel L, Jean-Louis F, Begue E, Bensussan A, Bagot M. Use of PLS3, Twist, CD158k/KIR3DL2, and NKp46 gene expression combination for reliable Sezary syndrome diagnosis. *Blood*. 2013 Feb 21;121(8):1477-8.

## Actualités 2013 sur les urticaires

Pr Marie-Sylvie DOUTRE

Présidente du Groupe Urticaire de la Société Française de Dermatologie  
Service de Dermatologie, Hôpital du Haut-Lévêque, Pessac



Photographie Pr MS Doutré

L'urticaire est une des affections dermatologiques les plus fréquentes, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, puisque 15 à 20 % de la population a eu ou aura au moins une crise d'urticaire (du latin *urtica*, ortie) et/ou d'angio-œdème au cours de sa vie.

Quand elle persiste plus de 6 semaines, on parle d'urticaire chronique dont la prévalence est estimée entre 0,1 et 3 %. Malgré cette fréquence, l'urticaire a pendant longtemps peu intéressé les médecins en général et les dermatologues en particulier, qui la considéraient comme une maladie bénigne et banale...

Ces dernières années, la mise en évidence de nouvelles données physiopathologiques, la prise en compte de l'altération de la qualité de vie qu'elle entraîne, la possibilité de nouvelles options thérapeutiques peuvent expliquer le regain d'intérêt pour les dermatoses inflammatoires, comme en témoigne l'élaboration de recommandations européennes, auxquelles ont participé des membres du groupe Urticaire de la Société Française de Dermatologie, prochainement publiées.

### Un diagnostic clinique souvent facile

C'est une éruption fugace faite de plaques érythémateuses, papuleuses « ortiées », prurigineuses, persistant de quelques minutes à quelques heures, disparaissant sans laisser de traces, et migratrice, d'autres éléments apparaissant ailleurs.

Des lésions localisées plus profondément dans le derme et l'hypoderme caractérisent l'angio-œdème ou œdème de Quincke qui siège préférentiellement sur le visage (lèvres, paupières), la région génitale, les extrémités. Sa gravité est liée aux possibles localisations muqueuses, en particulier pharyngo-laryngées.

### Des mécanismes physiopathologiques de mieux en mieux connus

L'urticaire est la conséquence de l'activation des mastocytes, cellules présentes dans la peau et les muqueuses. Cette mobilisation des mastocytes peut être due à des anticorps de type IgE se fixant sur des récepteurs membranaires. On parle alors d'urticaire allergique. Mais, l'activation mastocytaire est dans la grande majorité des cas non allergique, sans implication d'anticorps, secondaire à la stimulation de divers récepteurs aux agents infectieux, aux neuropeptides... présents sur la membrane de ces cellules ou à l'action directe de certaines molécules.

Environ 30 à 40 % des patients présentant une urticaire ont un terrain atopique (contre 15 à 20 % dans la population générale), qui pourrait contribuer à la « fragilité mastocytaire » avec un abaissement du seuil d'action des différents stimuli. Les mastocytes activés libèrent de nombreux médiateurs dont le plus connu, l'histamine joue un rôle majeur dans l'urticaire. Cependant, d'autres substances participent également à la physiopathologie de l'urticaire, telles que les leucotriènes, des cytokines et chimiokines.

Environ 30 à 40 % des patients présentant une urticaire chronique ont des auto-anticorps vis-à-vis des récepteurs des IgE ou des IgE elles mêmes. Certaines urticaires chroniques pourraient ainsi être un modèle de maladie auto-immune par activation des récepteurs. On sait d'ailleurs depuis longtemps qu'il existe souvent des manifestations cliniques et/ou biologiques d'auto-immunité, en particulier thyroïdiennes, au cours de l'urticaire.

Des études récentes ont aussi montré qu'il y avait au cours de l'urticaire chronique une activation et une dysrégulation très significatives des protéines de la coagulation, certaines d'entre elles pouvant activer les mastocytes par l'intermédiaire de récepteurs présents à leur surface.

**Ces « nouveautés » physiopathologiques pourraient permettre de proposer des traitements adaptés en cas d'échec thérapeutique ou d'échappement aux anti-H1.**

### ■ **Urticaire n'est pas synonyme d'allergie**

L'urticaire a été considérée, et l'est toujours, par les patients et certains médecins, comme une maladie allergique liée à des anticorps spécifiques de type IgE. En fait, ce mécanisme n'intervient que dans un nombre restreint de cas.

Une « allergie » alimentaire ou médicamenteuse est en effet très souvent alléguée dans l'urticaire. Le diagnostic d'allergie repose sur une histoire clinique évocatrice, les manifestations cliniques survenant dans un délai court après contact avec l'allergène potentiel, sans rapport avec la dose, et les tests cutanés et/ou le dosage des IgE spécifiques confirment la suspicion clinique. Il est important de se rappeler que test positif ne signifie pas allergie. Ainsi, dans la population générale, 20 % des sujets ont un test positif à un ou plusieurs aliments témoignant d'une simple sensibilisation.

Le plus souvent dans les urticaires chroniques, un mécanisme non allergique est en cause. L'urticaire est alors provoquée par la consommation en quantité importante d'aliments riches en histamine ou histaminolibérateurs. De même, les réactions urticariennes secondaires aux médicaments sont dans plus de 90 % des cas secondaires à une histaminolibération non spécifique.

### ■ **Un retentissement important sur la qualité de vie**

Plusieurs facteurs participent à l'altération de la qualité de vie : la visibilité des lésions, le prurit très invalidant, d'autant qu'il est insomniant, et la survenue imprévisible de l'éruption. La crainte des angio-œdèmes (et donc de l'asphyxie) et la durée d'évolution souvent prolongée, participent à l'inquiétude des patients. L'urticaire est ainsi vécue comme un véritable handicap avec un retentissement sur la qualité de vie socio-professionnelle parfois plus important que d'autres dermatoses comme le psoriasis, ou comparable à celui de pathologies sévères comme une coronaropathie traitée par pontage.

### ■ **De nouvelles modalités pour des molécules anciennes et de nouvelles molécules prometteuses**

Les antihistaminiques de type H1 (anti-H1) de 2<sup>ème</sup> génération représentent le traitement de référence des urticaires aiguës et chroniques. Ils sont prescrits pendant quelques jours dans les formes aiguës. Le traitement doit être prolongé pendant 3 à 6 mois, en continu dans les formes chroniques. Cependant, aux doses « classiques », l'efficacité thérapeutique est estimée entre 10 et 50 %. Des études récentes démontrent que lorsque les posologies sont doublées, triplées, voire quadruplées, l'efficacité est augmentée de façon significative, sans majorer les effets secondaires potentiels.

Avec ces modalités de traitement, moins de 10 % des urticaires chroniques sont considérées comme résistantes aux anti-H1. La prescription d'autres molécules doit alors être discutée au cas par cas. C'est le cas des anti-leucotriènes, des immunosuppresseurs (ciclosporine, méthotrexate), des biothérapies (omalizumab), mais les études montrant leur efficacité avec un niveau de preuve suffisant sont encore peu nombreuses.

### ■ **L'éducation thérapeutique pour l'urticaire aussi**

Comme dans toute pathologie chronique, l'éducation thérapeutique est un complément indispensable pour une bonne prise en charge des patients. Celle-ci leur permet d'identifier les facteurs aggravants, de limiter l'automédication avec des corticoïdes, de savoir comment moduler les doses d'anti-H1 en fonction des poussées... Ces différents éléments sont discutés au cours d'échanges individuels ou collectifs, et notés sur un support écrit remis aux patients.

### **Références bibliographiques**

- Nosbaum A et coll. Physiopathologie de l'urticaire et approches thérapeutiques. Rev Med Interne 2010 ;31 :S18-22
- Augey F et al. Chronic spontaneous urticaria is not an allergic disease. Eur J Dermatol 2011;21:349-53
- Kropfl L et al. Treatment strategies in urticarial. Expert Opin Pharmacother 2010;11:1445-50

## Actualités en 2013

Dr Pascal DEL GIUDICE

Président du Groupe Dermatologie Infectieuse de la Société Française de Dermatologie, Fréjus-Saint-Raphaël

### Evolution des résistances

La problématique des résistances aux anti-infectieux est consubstantielle à l'utilisation des anti-infectieux. Il n'est donc pas étonnant du fait de la plasticité du vivant, d'observer depuis les premiers jours de la découverte des anti-infectieux, l'émergence de résistances. Celle-ci est donc normale.

Elle devient problématique lorsque les possibilités de remplacement des anti-infectieux sont limitées. C'est le cas actuellement, où la majorité des molécules (en particulier des antibiotiques entrant dans l'arsenal thérapeutique contre les infections) fait appel à des molécules découvertes il y a trente ans, exception faite des années 1990, après l'émergence du SIDA.

Dans le domaine des infections bactériennes, l'emploi des antibiotiques dans l'élevage animal, et l'utilisation anarchique ou non adaptée des antibiotiques en pathologie humaine, sont les principales sources à l'origine du développement rapide des résistances. Cependant, la dermatologie française est relativement épargnée par les problèmes liés aux résistances car les micro-organismes impliqués sont rarement résistants, et lorsqu'ils le sont, comme c'est le cas pour *Propionibacterium acnes*, cette résistance a peu de conséquences pour le patient. En revanche, dans les autres domaines de l'infectiologie, l'alarme est bien réelle, en particulier pour les infections dues aux entérobactéries (infections urinaires et digestives), puisque certaines bactéries hospitalières ou communautaires sont parfois résistantes à tous les antibiotiques !

La surveillance des résistances, l'information et l'éducation à la prescription aux anti-infectieux demeurent toujours plus actuelles.

### Evolution des outils de diagnostic

Le diagnostic d'une infection repose sur la mise en évidence de l'agent infectieux par des méthodes directes ou indirectes. Les progrès techniques en biologie moléculaire sont tels qu'elle est en passe de prendre la première place des outils du diagnostic biologique des infections. Ces techniques permettent de progresser dans la compréhension de certaines maladies infectieuses. Ainsi, il a pu être démontré qu'un individu pouvait être infecté plusieurs fois par *Borrelia burgdorferi*<sup>(1)</sup>. Par ailleurs, de nouvelles espèces bactériennes sont identifiées lors de pathologies dermatologiques, comme cette fasciite à éosinophiles avec lésions cutanées sclérodermiformes généralisées associée à *Mycoplasma arginini* isolé par séquençage de l'ARNr 16S<sup>(2)</sup>.

### De nouvelles formes d'immunosuppression

L'éventail des situations d'immunodépression augmente du fait de la maîtrise des techniques de greffes et des nouveaux traitements comme les thérapies ciblées, mais également par une meilleure compréhension et caractérisation des immunodépressions primitives grâce aux progrès conjoints de l'immunologie et de la génétique.

Plus rarement, des immunodépressions acquises sont décelées, comme le montre une étude thaïlandaise<sup>(3)</sup>. Les auteurs ont identifié des patients ayant des infections opportunistes graves, dont certaines associées à des manifestations dermatologiques (mycobactéries atypiques, cryptococcoses...) liées à un haut niveau d'auto-anticorps anti-interféron gamma.

### Thérapeutique

Pas de révolution au plan thérapeutique, mais la consolidation de l'arsenal thérapeutique anti-cocci à gram positifs que sont les *Staphylococcus aureus* et les streptocoques, avec la possibilité de prescription de molécules telles que le linezolid ou la daptomycine chez les patients hospitalisés, l'arrivée de la ceftaroline dont la place reste à définir, et les nouvelles molécules à venir comme la dalvabancine, l'orivatancine ou les pleuromutilines.

### Création du Groupe d'Infectiologie de la Société Française de Dermatologie

L'année 2013 a vu la création de ce nouveau groupe thématique de la Société Française de Dermatologie dont l'objectif principal est de dynamiser ce domaine de la dermatologie en lien avec la Société Française de Pathologie Infectieuse.

### Références bibliographiques

1. Nadelman RB, Hanincová K, Mukherjee P, et al. Differentiation of reinfection from relapse in recurrent Lyme disease. *N Engl J Med* 2012; 367: 1883-90.
2. Silló P, Pintér D, Ostorházi E et al. Eosinophilic Fasciitis associated with *Mycoplasma arginini* infection. *J Clin Microbiol* 2012;50:1113-7.
3. Browne SK, Burbelo PD, Chetchotisakd P et al. Adult-onset immunodeficiency in Thailand and Taiwan. *N Engl J Med* 2012;367:725-34.

## Du Cosmos à la Science, de la Science à la Cosmétique

Dr Anny COHEN-LETESSIER

Dermatologue, Paris

Pr Philippe HUMBERT

Service de Dermatologie, CHU, Besançon

### Rendre négligeable la sénescence prématurée

Grâce aux dernières avancées dans la compréhension des mécanismes biologiques du vieillissement, la Recherche a permis de développer des stratégies de « Réversibilité du Vieillissement Cellulaire ». En supprimant les cellules sénescents de l'organisme, il devient possible de retarder les effets du vieillissement. Il s'agit de rendre négligeable la sénescence prématurée en stimulant la micro-autophagie cellulaire et en rallongeant les télomères, éléments clés situés aux extrémités de nos chromosomes.

Les moyens d'investigations modernes qui apportent les preuves de l'efficacité des actifs sont proposés sur de nouvelles cibles intracellulaires qui sont les inflammasomes, les protéasomes et les mitochondries.

### De l'importance des connaissances scientifiques dans le soin cosmétique et de la cosmétique dans l'éclairage de la science

Le lien que l'on peut établir entre science et cosmétique via les facteurs de croissance, éléments clés des cellules souches, apporte un nouvel éclairage sur le vieillissement et la cicatrisation.

La cosmétique du soin et de la beauté repose inexorablement sur des bases scientifiques et l'on pourra par des nouvelles approches reculer les aiguilles de l'horloge biologique, dont on sait déjà qu'elles ne dépendent pas seulement des gènes, mais également de l'épigénétique (facteurs environnementaux qui accélèrent le vieillissement comme le tabac, l'exposition solaire, le déséquilibre ou phléthore alimentaire, le stress ou la pollution...) avec toutes les réserves que cela impose quant aux promesses excessives.

De même que la réalité du monde est harmonieuse (Cosmos), la cosmétologie doit rendre l'harmonie entre l'être et le paraître. La cosmétologie en dermatologie peut aussi éclairer la science par sa recherche incessante du mythe faustien. Elle devrait reprendre sa place initiale au sein de la médecine de laquelle elle n'était pas dissociée dans le premier « Traité de Dermatologie » publié par Girolamo Mercuriale en 1572 à Venise suivi du « *De Decoratione Liber* » en 1585.

### La cosmétologie est réellement une science

Elle en respecte les règles : basée sur un savoir sans cesse croissant, elle s'appuie sur les connaissances physiologiques de la peau et les découvertes de la biologie cellulaire. Ainsi, des cibles sont identifiées qu'il faut soit stimuler, soit inhiber. Les actifs sont nombreux pour répondre à ces objectifs selon des règles fixées par la réglementation.

Les actifs cosmétiques se différencient des actifs médicamenteux essentiellement par le fait qu'ils sont destinés à être appliqués sur une peau saine, âgée certes, mais saine, pigmentée certes, mais saine, ridée certes mais saine...

Pour agir, les actifs traversent la barrière cutanée et vont stimuler ou inhiber là où il faut.

La biologie cellulaire des dix dernières années a mis l'accent sur des voies de signalisation qui régulent la croissance et les fonctions cellulaires. La cosmétologie aujourd'hui s'inscrit dans la régulation de ces voies.

## Actualités en 2013

Pr Laurent MISERY

Président du Groupe Psychodermatologie et de la Société de Recherche en Dermatologie

### Le prurit, une souffrance négligée, pourtant comparable à la douleur

Le prurit, trop souvent négligé, représente une souffrance aussi importante que la douleur. Son retentissement sur la qualité de vie est majeur et les patients s'en plaignent souvent plus que des lésions cutanées elles-mêmes. Il peut aussi être rencontré dans des maladies non dermatologiques : hépatiques, rénales, sanguines, endocriniennes, neurologiques, etc. Des facteurs psychiques peuvent aussi jouer un rôle.

Ce n'est que depuis une quinzaine d'années que la Recherche a réellement progressé dans ce domaine. Récemment, il a été montré qu'il existait au moins une deuxième voie du prurit, depuis la peau jusqu'au cerveau. Cette voie n'est pas liée à l'histamine, mais aux récepteurs PAR-2. C'est pourquoi les antihistaminiques ne sont pas efficaces dans la majorité des prurits. De nouvelles possibilités thérapeutiques sont en voie d'exploration : antagonistes de PAR-2, antagonistes de la substance P, agonistes des récepteurs kappa des opiacés, etc.

Malheureusement, il n'existe pas de plan prurit comme il existe un plan douleur. La France ne reconnaît pas non plus de centre de référence du prurit, comme cela existe en Allemagne ou aux Etats-Unis, alors que cette prise en charge est de plus en plus spécialisée.

### Dermatologie et médecine interne, actualités

#### Vitamine D et auto-immunité

Après le débat sur son rôle dans la protection contre la survenue et le développement de cancers, le rôle de la vitamine D est désormais débattu dans l'auto-immunité. Chez les patients lupiques, la carence en vitamine D est plus fréquente que chez les témoins. Ce déficit, qui peut être une conséquence de la moindre exposition solaire chez ces patients, n'est pas un facteur de risque de la maladie, mais pourrait être un facteur de gravité. Les effets favorables de la supplémentation en vitamine D sont suggérés par de petites études mais demandent confirmation.

#### Une nouvelle classification des vascularites

Une nouvelle conférence de consensus internationale, dite de « Chapel Hill », propose une nouvelle classification des vascularites qui semble rapidement adoptée par tous. Cette classification retient comme principal critère, la taille des vaisseaux atteints : gros vaisseaux (ex : artérite de Takayashu), vaisseaux de moyen calibre (ex : périartérite noueuse, maladie de Kawasaki), vaisseaux de petit calibre (ex : vascularites associées aux ANCA, vascularites à complexes immuns), vaisseaux de taille variable (ex : maladie de Behçet).

#### Description de nouveaux syndromes

Le syndrome hyper-IgG4 a été récemment décrit. Il se traduit cliniquement par une hypertrophie focale ou diffuse, un syndrome tumoral ou des lésions nodulaires d'un ou plusieurs organes. Biologiquement, on trouve un taux d'IgG4 sériques élevé (> 135 mg/dl). Histologiquement, il existe une infiltration lymphocytaire et plasmocytaire, une fibrose et une infiltration abondante de plasmocytes IgG 4+ (> 10 / CFG ; rapport IgG4 +/- IgG + > 40 %). Cette maladie rare atteint essentiellement des hommes de plus de 50 ans. Les signes cutanés (papules et nodules) sont exceptionnels. Le traitement de première intention est la corticothérapie générale.

Le syndrome PAPA est un syndrome auto-inflammatoire rare, autosomique dominant, associant acné sévère, *pyoderma gangrenosum* et arthrite pyogénique stérile. Il est lié à des mutations du gène PSTPIP1 (*proline-serine-treonine phosphatase interacting protein 1*) sur le chromosome 15, codant pour une protéine impliquée dans la régulation de la réponse immunitaire. Des entités voisines viennent d'être décrites :

- le syndrome PASH associant *pyoderma gangrenosum*, acné et hidradénite suppurative,
- le syndrome PASS associant *pyoderma gangrenosum*, acné *conglobata*, hidradénite suppurée et spondylarthrite axiale,
- le syndrome PAPASH associant arthrite, *pyoderma gangrenosum*, acné et hidradénite suppurative.

Ces syndromes apparentés sont également associés à des gènes spécifiques.

## De nouveaux traitements depuis plusieurs années qui modifient considérablement la prise en charge des lésions évoluées

Pr Laurent MORTIER

Service de Dermatologie, CHRU Lille

Les cancers de la peau sont les cancers les plus fréquents chez l'Homme et leur incidence ne cesse d'augmenter. Leur prise en charge, depuis la prévention jusqu'au traitement des formes métastatiques, représente un véritable enjeu de santé publique et un domaine d'activité majeure des dermatologues libéraux et hospitaliers.

Le dépistage des lésions cancéreuses cutanées a bénéficié des progrès importants des techniques d'imagerie, telles la vidéodermoscopie et la microscopie confocale.

Au cours des dernières années, ce sont surtout les avancées thérapeutiques majeures liées au développement des thérapies ciblées et de l'immunothérapie qui ont notamment modifié la prise en charge des patients atteints de mélanomes et de carcinomes basocellulaires évolués.

### Mélanome, les avancées thérapeutiques se poursuivent...



Photographie Pr Laurent Mortier - Mélanome

Le mélanome est le cancer dont l'incidence a le plus augmenté durant les vingt dernières années. En France, elle est actuellement estimée à 9 cas pour 100.000 habitants. En 2011, 9.800 nouveaux cas ont été déclarés et plus de 2.000 décès sont liés à ce cancer chaque année.

Le traitement du mélanome reste avant tout chirurgical. Plus de 90 % des mélanomes sont diagnostiqués au stade de tumeurs primitives et traitées par exérèse chirurgicale, avec une survie à 10 ans estimée entre 75 et 85 %.

Au stade métastatique, nous étions il y a encore quelques années en situation d'impasse thérapeutique, des progrès majeurs ont pu être obtenus dans le domaine de l'immunothérapie et des thérapies ciblées.

### Dans le domaine de l'immunothérapie

Le mélanome est une tumeur hautement immunogène. C'est pourquoi, depuis plusieurs années, différentes approches ont évalué l'intérêt de la stimulation du système immunitaire.

#### Ipilimumab :

L'ipilimumab est une immunoglobuline humaine IgG1 anti-CTLA4 (cytotoxic T lymphocyte antigen 4) qui a démontré pour la première fois, dans des études de phase III, une amélioration de la survie globale chez les patients atteints de mélanome métastatique.

Malheureusement, la commercialisation de cette molécule pour le traitement de deuxième ligne ou plus, des mélanomes métastatiques est limitée aux malades ne présentant pas de mutation B-Raf (environ 50 % des malades). Cette situation difficilement acceptable, entraîne une perte de chance pour les patients présentant cette mutation. Cette limitation est une exception Française car aucun autre pays n'a fait un tel choix. Cette restriction de commercialisation propre à la France ne se fonde sur aucune donnée scientifique. En Italie, elle n'existe pas. Il est donc intéressant d'analyser les données de la cohorte italienne de 855 malades ayant reçu de l'ipilimumab. L'analyse des données de cette étude rétrospective nous montre que le statut mutationnel de BRAF ne semble pas influencer la réponse à l'ipilimumab. Les données de réponse sont effectivement semblables dans les deux groupes de patients. L'analyse des données de survie montre qu'une mutation BRAF n'altère pas la survie sous ipilimumab. Nous espérons que ces données amèneront les autorités Françaises à faire évoluer leur position.

#### Les anti-PD1 :

Les inhibiteurs de PD1 (*programmed cell death protein 1*) et de son ligand représentent une autre voie très prometteuse en immunothérapie qui fait l'objet de plusieurs essais thérapeutiques en cours. Plusieurs molécules sont en cours de développement. Ces traitements s'administrent par voie intraveineuse toutes les 2 à 3 semaines.

Globalement, le taux de réponse objective est de 30 à 40 %.

En dehors du taux de réponse qui semble plus important *versus* l'ipilimumab, il est important de souligner que la durée nécessaire à l'obtention d'une réponse semble plus courte qu'avec l'ipilimumab et qu'en cas de réponse, celle-ci soit prolongée. Toutes ces données préliminaires demandent à être confirmées par des essais (de phase 3) en cours.

### Dans le domaine des thérapies ciblées :

De façon classique, le mélanome est classé en fonction de critères clinico-pathologiques (indice de Breslow, ulcération, indice mitotique). Au stade métastatique, le traitement était jusqu'à présent réalisé de façon homogène quelque soit le type de mélanome. Le plus souvent, celui-ci s'avérait inefficace.

Au cours de ces dernières années, à l'instar d'autres tumeurs, il a pu être montré que le mélanome cutané pouvait se caractériser par des mutations spécifiques d'oncogènes tels BRAF, c-Kit et NRAS. Environ 70 % des mélanomes sont porteurs de l'une de ces mutations. Celles-ci, sont souvent exclusives et fréquemment associées à une localisation particulière de la tumeur primitive.

En 2002, une mutation du gène BRAF a pu être mise en évidence dans certaines variétés de mélanomes localisées de façon préférentielle en dehors de zones qui n'ont pas été exposées aux UV de façon chronique. Globalement, cette mutation concerne environ 50 % des mélanomes (elle est également retrouvée dans les cancers de la thyroïde, dans les tumeurs ovariennes et dans les cancers colorectaux).

Suite à la mise en évidence de cette mutation, une thérapie ciblée a été développée : le Vemurafenib. Ce traitement est aujourd'hui disponible en première ligne depuis mars 2012 pour les malades porteurs de la mutation BRAF. Cette molécule est inefficace, voire délétère chez les patients dont le mélanome ne présente pas de mutation sur BRAF. Plus de 50 % des patients présentent une réponse rapide et spectaculaire, mais la majorité d'entre eux rechute après 6 à 8 mois de traitement, suggérant l'émergence de mécanismes de résistance qui ont été identifiés pour certains. Les effets secondaires principaux sont représentés par une photosensibilité et l'apparition de carcinomes cutanés chez environ 1/4 des patients.

### Nouvelle stratégie thérapeutique dans le mélanome métastatique : la combinaison anti-BRAF/anti-MEK

L'utilisation de la combinaison anti-BRAF/anti-MEK pourrait permettre de limiter les phénomènes d'échappement observés lors de l'utilisation d'inhibiteurs de BRAF en monothérapie et semblerait être mieux tolérée que la monothérapie. Ces données restent à confirmer dans les essais de phase 3 en cours, mais il semble bien que l'avenir soit à l'utilisation de la combinaison plutôt qu'à la monothérapie. Par ailleurs, le pourcentage de malades répondeurs semble également plus important lorsque le traitement est utilisé d'emblée en combinaison plutôt qu'en monothérapie.

### Carcinomes basocellulaires : des avancées pour les formes étendues.

Le plus fréquent des cancers cutanés, le carcinome basocellulaire (CBC) est habituellement considéré comme d'excellent pronostic. Les options thérapeutiques ont été définies par la Société Française de Dermatologie et l'ANAES en 2004. La grande majorité des cas est définitivement guérie avec l'exérèse chirurgicale.

Cependant, certains types de CBC peuvent être récidivants et agressifs du fait d'une évolution locorégionale destructrice, voire métastatique à distance. Il a été démontré récemment que les CBC sporadiques ou dans le cadre d'une maladie génétique, présentent une activation de la voie patched/sonic/hedgehog.

Le vismodegib est une molécule inhibitrice de cette voie qui induit une réponse clinique chez plus de la moitié des patients atteints de CBC localement avancé ou métastatique.

Une AMM a été obtenue pour ce traitement qui est disponible depuis mi-octobre 2013.

Bien que cette molécule soit particulièrement efficace, elle se heurte à une toxicité non négligeable qui entraîne son interruption chez environ la moitié des malades. Les principaux effets indésirables rapportés sont notamment les crampes, l'alopécie et les dysgueusies.

### Kératoses actiniques, de nouvelles possibilités thérapeutiques...

En dehors des mélanomes et des carcinomes basocellulaires, des avancées ont également pu être obtenues dans le cadre de la prise en charge des kératoses actiniques. Ces lésions siègent sur les zones photo-exposées et témoignent des dommages chroniques liés au soleil. Elles ont été identifiées comme des marqueurs de risque de développement du carcinome épidermoïde, autre cancer cutané lié aux expositions solaires chroniques.

Bien que la transformation d'une kératose actinique en carcinome soit probablement faible, leur traitement est justifié par la prévention du risque de cancérisation. Jusqu'à ces dernières années, les moyens physiques (cryothérapie...) constituaient le traitement de première intention. Si ces techniques restent toujours d'actualité pour les formes isolées, des traitements topiques (5FU topique, imiquimod) et la photothérapie dynamique ont été développés pour la prise en charge des lésions multiples notamment dans le cadre des champs de cancérisation.

L'ingenol mebutate est un nouveau traitement des lésions multiples récemment commercialisé. Ce traitement semble aussi efficace que le 5-FU topique et l'imiquimod en termes de destruction lésionnelle et de récurrence. L'intérêt est lié à la durée de traitement plus courte qu'avec les autres traitements topiques (2 à 3 jours).



L'oncodermatologie bénéficie depuis plusieurs années de nouveaux traitements qui modifient considérablement la prise en charge des malades atteints de mélanome métastatique et de carcinome basocellulaire inopérable.

Le développement de nouvelles molécules et de nouvelles combinaisons thérapeutiques demeure un enjeu important pour les prochaines années.

### Prise en charge du mélanome métastatique

#### Recommandations INCa en collaboration avec la SFD – Octobre 2013

La prise en charge du mélanome cutané est actuellement en pleine mutation. Ces dernières années ont été marquées par l'émergence de nouvelles molécules pour les formes métastatiques et de nombreuses techniques pour le traitement locorégional des métastases. Dans ce cadre, l'INCa a souhaité élaborer et diffuser un état des lieux des connaissances sur ces modalités de traitement et formuler des recommandations en collaboration avec la Société Française de Dermatologie, afin de permettre une diffusion au niveau national de l'innovation tout en favorisant son bon usage. Celles-ci contribuent à l'élaboration d'une stratégie thérapeutique discutée en réunion de concertation pluridisciplinaire et proposée au patient par son équipe soignante.

Ces recommandations nationales portent sur le traitement systémique de 1<sup>ère</sup> et de 2<sup>ème</sup> ligne et aux traitements locorégionaux des métastases cérébrales, pulmonaires, cutanées, osseuses, hépatiques et digestives des patients atteints d'un mélanome cutané métastatique.

### RENDEZ-VOUS À LA 2<sup>ème</sup> JOURNÉE D'ACTUALITÉ EN CANCÉROLOGIE CUTANÉE

Le jeudi 6 février 2014 à Paris

Plus d'information sur [www.jacc2014.com](http://www.jacc2014.com)

### Références bibliographiques

- Hodi FS, O'Day SJ, McDermott DF, Weber RW, Sosman JA, Haanen JB, Gonzalez R, Robert C, Schadendorf D, Hassel JC, Akerley W, van den Eertwegh AJ, Lutzky J, Lorigan P, Vaubel JM, Linette GP, Hogg D, Ottensmeier CH, Lebbé C, Peschel C, Quirt I, Clark JI, Wolchok JD, Weber JS, Tian J, Yellin MJ, Nichol GM, Hoos A, Urba WJ. Improved survival with ipilimumab in patients with metastatic melanoma. *N Engl J Med*. 2010 Aug 19;363(8):711-23.
- Chapman PB, Hauschild A, Robert C, Haanen JB, Ascierto P, Larkin J, Dummer R, Garbe C, Testori A, Maio M, Hogg D, Lorigan P, Lebbe C, Jouary T, Schadendorf D, Ribas A, O'Day SJ, Sosman JA, Kirkwood JM, Eggermont AM, Dreno B, Nolop K, Li J, Nelson B, Hou J, Lee RJ, Flaherty KT, McArthur GA; BRIM-3 Study Group. Improved survival with vemurafenib in melanoma with BRAF V600E mutation. *N Engl J Med*. 2011 Jun 30;364(26):2507-16.
- Wolchok JD, Kluger H, Callahan MK et al. Nivolumab plus ipilimumab in advanced melanoma. *N Engl J Med* 2013.
- Hamid O, Robert C, Daud A et al. Safety and tumor responses with lambrolizumab (anti-PD-1) in melanoma. *N Engl J Med* 2013.
- Sekulic A, Migden MR, Oro AE et al. Efficacy and safety of vismodegib in advanced basal-cell carcinoma. *N Engl J Med*. 2012 Jun 7;366(23):2171-9.
- Lebwohl M, Swanson N, Anderson LL et al. Ingenol mebutate gel for actinic keratosis. *N Engl J Med* 2012; 366: 1010-9.

## Psoriasis : contrôler la maladie et prendre en charge les comorbidités nécessite une approche multidisciplinaire

Pr Carle PAUL

Dermatologie, Université Paul Sabatier et CHU de Toulouse, pour le Groupe de Recherche sur le Psoriasis de la Société Française de Dermatologie

### Psoriasis, une maladie associée à un risque de comorbidités : maladies cardiovasculaires, cancer et rhumatisme psoriasique

Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique de la peau fréquente touchant 2 à 3 % de la population. Le retentissement des formes modérées à sévères peut être important entraînant rejet, stigmatisation, repli sur soi et souffrance physique et morale.

Plusieurs méta-analyses récentes montrent que le psoriasis est associé à un **risque accru de pathologie cardiovasculaire**, infarctus du myocarde et accident vasculaire cérébral<sup>1,2</sup>. Ceci est particulièrement vrai chez les patients adultes jeunes entre 35 et 55 ans atteints de psoriasis sévère. Ce risque vasculaire est probablement lié en partie aux facteurs de risque cardiovasculaires suivants qui sont très prévalents chez les patients atteints de psoriasis : tabac, hypertension artérielle, surpoids, syndrome métabolique. Le rôle de l'inflammation chronique associée au psoriasis est également évoqué. Il existerait aussi un **risque augmenté de cancer** au cours du psoriasis<sup>3</sup>. Ce risque concerne principalement les cancers cutanés hors mélanome et les cancers associés à la consommation de tabac et d'alcool : cancers ORL, cancers pulmonaires, cancer du pancréas.

Les études génétiques récentes montrent que **plusieurs gènes de susceptibilité au psoriasis sont impliqués** dans l'immunité innée<sup>4</sup>. Cette immunité innée, très conservée entre les espèces est responsable des réactions de défense immédiates aux agressions microbiennes ou aux traumatismes. Schématiquement, les patients atteints de psoriasis développeraient des réactions exagérées de l'immunité innée lors d'infections ou de traumatismes. Une étude génétique en cours du groupe de recherche sur le psoriasis de la Société Française de Dermatologie coordonnée par le Pr Bachelez tente de mieux préciser les caractéristiques génétiques des formes pustuleuses de psoriasis.

Il y a quinze ans, on pensait que seulement 5 % des patients atteints de psoriasis avaient un **rhumatisme psoriasique**. On sait aujourd'hui, grâce notamment à l'utilisation de questionnaires diagnostiques plus précis, à la collaboration dermatologue-rhumatologue et à l'imagerie (radiographie, échographie, IRM) que la proportion de patients atteints de psoriasis présentant un rhumatisme psoriasique, est au moins trois fois supérieure. Une étude récente menée dans des centres experts a montré que 30 % des patients avec un psoriasis examinés systématiquement par un rhumatologue présentaient un rhumatisme psoriasique<sup>5</sup>. Chez près de la moitié d'entre eux, le rhumatisme était inconnu auparavant. Ces rhumatismes peuvent prendre la forme d'une atteinte périphérique ou axiale, ou encore d'une enthésopathie.

### Accès au soin et prise en charge adapté : des progrès sont nécessaires

Malgré l'existence de traitements efficaces adaptés aux différentes formes cliniques et à la sévérité du psoriasis, il **existe un retard important à l'utilisation des traitements systémiques pour les formes modérées à sévères** de la maladie. On sait que quand les lésions dépassent 10 % de la surface corporelle, c'est-à-dire une surface équivalente à dix paumes de main, il est difficile d'utiliser un topique seul, pour des raisons de faisabilité pratique et d'adhérence, le traitement pouvant nécessiter plusieurs heures par jour. Une étude récente du Groupe de recherche sur le psoriasis de la Société Française de Dermatologie montrent que les patients avec un psoriasis modéré à sévère peuvent attendre plusieurs années avant de recevoir le traitement systémique dont ils ont besoin<sup>6</sup>. Ceci semble lié notamment aux difficultés d'accès aux spécialistes dans certaines régions et au manque d'information des patients. Le poids économique des traitements est également à considérer<sup>7</sup>.

Une étude multicentrique française coordonnée par le Groupe de recherche sur le psoriasis de la Société Française de Dermatologie est en cours **pour évaluer l'intérêt d'un programme d'éducation thérapeutique** dans le psoriasis. Ce programme impliquant des équipes multidisciplinaires (infirmière, médecin, psychologue) doit permettre aux patients d'acquérir des compétences permettant de mieux gérer au long cours cette maladie chronique.

## Progrès thérapeutiques récents et perspectives

D'énormes progrès ont eu lieu ces dernières années, grâce notamment, à une évaluation standardisée de la gravité du psoriasis et à une meilleure prise en compte du retentissement sur la qualité de vie.

Le développement des biothérapies, depuis 2005, a apporté une solution pour les patients atteints de psoriasis modéré à sévère intolérants ou résistants aux traitements systémiques (méthotrexate, cyclosporine, photothérapie). Trois anti-TNF (étanercept, adalimumab, infliximab) et l'ustekinumab, qui inhibe les interleukines 12 et 23, permettent de traiter avec succès la plupart des malades qui étaient auparavant en impasse thérapeutique. Malheureusement, 30 à 40 % des patients vont devoir stopper le traitement par biothérapie au bout de 1 à 3 ans en raison d'effets indésirables, d'une perte d'efficacité ou par lassitude. Le développement d'anticorps contre les biothérapies augmentant leur dégradation et réduisant leur efficacité est un problème fréquent pour lequel il n'existe pas d'attitude consensuelle<sup>8</sup>. Cela souligne l'importance de disposer de nouvelles molécules.

Cinq produits sont actuellement en phase III de développement et pourraient élargir les possibilités thérapeutiques à court terme. Trois sont des biothérapies qui ciblent l'interleukine 17, cytokine clé dans la genèse des lésions psoriasiques, et deux sont des petites molécules : le tofacitinib, inhibiteur de JAK, et l'apremilast, inhibiteur des phosphodiesterases 4.

Par ailleurs, la mise à disposition très prochaine des biosimilaires pour les biothérapies anti-TNF devrait permettre de réduire le coût associé à ces traitements et ainsi de traiter un plus grand nombre de patients.

## Références bibliographiques

1. Armstrong EJ, Harskamp CT, Armstrong AW. Psoriasis and major adverse cardiovascular events: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Am Heart Assoc.* avr 2013;2(2):e000062.
2. Horreau C, Pouplard C, Brenaut E, Barnetche T, Misery L, Cribier B, et al. Cardiovascular morbidity and mortality in psoriasis and psoriatic arthritis: a systematic literature review. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* août 2013;27 Suppl 3:12-29.
3. Pouplard C, Brenaut E, Horreau C, Barnetche T, Misery L, Richard M-A, et al. Risk of cancer in psoriasis: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* août 2013;27 Suppl 3:36-46.
4. Tsoi LC, Spain SL, Knight J, Ellinghaus E, Stuart PE, Capon F, et al. Identification of 15 new psoriasis susceptibility loci highlights the role of innate immunity. *Nat. Genet.* déc 2012;44(12):1341-1348.
5. Mease PJ, Gladman DD, Papp KA, Khraishi MM, Thaçi D, Behrens F, et al. Prevalence of rheumatologist-diagnosed psoriatic arthritis in patients with psoriasis in European/North American dermatology clinics. *J. Am. Acad. Dermatol.* nov 2013;69(5):729-735.
6. Maza A, Richard MA, Aubin F, Ortonne JP, Prey S, Bachelez H, et al. Significant delay in the introduction of systemic treatment of moderate to severe psoriasis: a prospective multicentre observational study in outpatients from hospital dermatology departments in France. *Br. J. Dermatol.* sept 2012;167(3):643-648.
7. Nast A, Mrowietz U, Kragballe K, De Jong EMGJ, Puig L, Reich K, et al. Barriers to the prescription of systemic therapies for moderate-to-severe psoriasis--a multinational cross-sectional study. *Arch. Dermatol. Res.* 8 juin 2013;
8. Hsu L, Armstrong AW. Anti-drug antibodies in psoriasis: a critical evaluation of clinical significance and impact on treatment response. *Expert Rev Clin Immunol.* oct 2013;9(10):949-958.

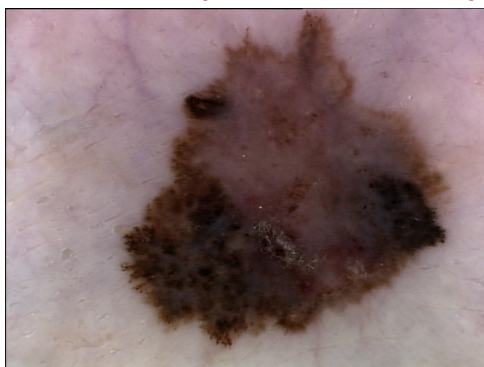
## Imagerie Cutanée Non Invasive en Dermatologie : vers la biopsie cutanée virtuelle ?

Pr Philippe BAHADORAN

Président du Groupe Imagerie Cutanée Non Invasive de la Société Française de Dermatologie  
Service de Dermatologie, CHU de Nice,

La dermatologie une spécialité médicale ou le diagnostic repose en premier sur l'examen clinique. Le principal examen complémentaire est la biopsie cutanée qui est invasive. L'imagerie cutanée non invasive (ICNI) pourrait faire évoluer les pratiques.

### LA DERMOSCOPIE, un examen complémentaire à la clinique dont la première application est le mélanome



Photographie Collection Pr Bahadoran - Mélanome

Introduite il y a une dizaine d'années en France<sup>1</sup>, la dermoscopie est utilisée par près de 95 % des dermatologues en 2012<sup>2</sup>. Elle associe un éclairage spécifique qui diminue la réfraction de la lumière sur la surface cutanée, et un grossissement optique, et elle permet au dermatologue de voir de manière non invasive les structures microscopiques de l'épiderme et du derme superficiel. Le **dermoscope** est un instrument portable, constitué d'une lentille grossissante et d'une source de lumière. Un liquide d'immersion est utilisé entre la lentille du dermoscope et la peau, sauf pour certains dermoscopes dits à lumière polarisée. Un appareil photographique peut être adapté au dermoscope pour documenter les lésions.

Le **vidéodermoscope** est un dermoscope numérique couplé à un système de capture et de traitement d'image qui permet un grossissement important et la réalisation d'une cartographie cutanée. Certains systèmes disposent aussi d'une aide au diagnostic, mais elle a peu d'intérêt pour un dermatologue. Les prix varient de moins de 1 000 euros pour un dermoscope standard à plus de 20 000 euros pour un vidéodermoscope élaboré.

L'interprétation des images dermoscopiques requiert une **formation spécifique dispensée en France** dans les CHU et les congrès de dermatologie. La sémiologie dermoscopique est surtout basée sur l'analyse de la mélanine. La principale application de la dermoscopie concerne donc le mélanome.

Le mélanome représente un problème de santé publique du fait de son incidence en augmentation et de sa capacité à métastaser mettant en jeu le pronostic vital du patient. Un diagnostic précoce est indispensable car la survie est inversement proportionnelle à l'épaisseur de la tumeur lors du diagnostic<sup>3</sup>. Par rapport à l'examen clinique, la **dermoscopie permet un gain significatif de sensibilité**<sup>4</sup> d'où un diagnostic plus précoce, **et de spécificité**<sup>5</sup>, d'où une réduction du nombre d'exérèses de lésions bénignes. Ces résultats ont conduit la Haute Autorité de Santé (HAS) à recommander l'utilisation de la dermoscopie dans la stratégie de diagnostic précoce du mélanome<sup>6</sup> et à son inscription à la nomenclature des actes médicaux (CCAM). La vidéodermoscopie, grâce à la possibilité de cartographier et de comparer les lésions pour repérer une évolution suspecte, permet un diagnostic encore plus précoce de mélanome chez les sujets porteurs du syndrome des naevi atypiques, ainsi qu'une réduction supplémentaire des exérèses de lésions bénignes<sup>7,8</sup>.

En dehors du diagnostic de mélanome, la dermoscopie est utilisée pour d'autres pathologies cutanées cancéreuses et non cancéreuses<sup>9-13</sup>.

Depuis peu, des adaptateurs permettant de faire une **dermoscopie et des photos dermoscopiques avec un smartphone**. Ces progrès technologiques pourraient améliorer le dépistage du mélanome chez les sujets à risque, en suscitant une consultation dermatologique ou un avis de télé-dermatologie devant une lésion présumée suspecte<sup>14</sup>. En revanche, il convient de mettre en garde les patients contre les logiciels de diagnostic de mélanome sur photos, proposés sur internet<sup>15</sup> qui ne sont pas fiables et sont même potentiellement dangereux<sup>16</sup>.

### LA MICROSCOPIE CONFOCALE PAR REFLECTANCE une nouvelle ère en matière d'imagerie cutanée

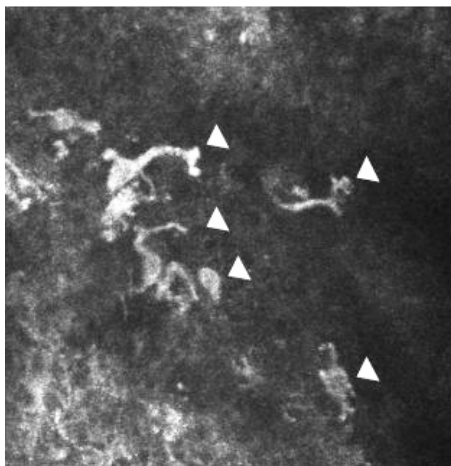
La microscopie confocale par réflectance *in vivo* (MCR) est une technique récente qui ouvre une nouvelle ère en matière d'imagerie cutanée<sup>17,18</sup>. Elle permet de pratiquer de manière non invasive **des coupes optiques de la peau**. Les structures cutanées sont différenciées en fonction de leur indice de réflectance par rapport à un rayon laser. Un grossissement de 700 fois assure une résolution à l'échelle cellulaire. Les images obtenues qui se rapprochent des coupes histologiques d'une biopsie cutanée sont immédiatement disponibles pour le dermatologue sur un écran. Toutefois, par rapport à une biopsie cutanée, la profondeur d'analyse de la MCR est limitée au derme superficiel. Un système de MCR comporte une caméra avec un système de capture et traitement des images, et son coût est de l'ordre de 100 000 euros.

La mélanine ayant un indice de réflectance élevé, la MCR est particulièrement performante pour les lésions pigmentées<sup>19</sup>. Elle permet le diagnostic de mélanome avec **une sensibilité et une spécificité supérieures à la dermoscopie**, et le diagnostic de lésions non résolues après la dermoscopie<sup>20,21,22</sup>. Dans le mélanome de Dubreuilh qui survient sur le visage où les biopsies sont délicates, la MCR apporte un diagnostic extrêmement fiable avec une sensibilité et une spécificité de 92 % et 83 %<sup>23</sup> et une analyse en pré-opératoire des marges chirurgicales<sup>24</sup>.

La MCR est aussi très performante pour le diagnostic des carcinomes cutanés<sup>25</sup>.

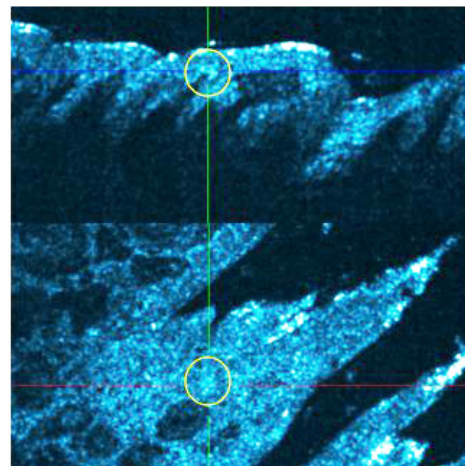
Au delà des cancers cutanés, d'autres champs d'application de la MCR sont en développement en pathologie infectieuse<sup>26</sup>, et en cosmétologie pour l'évaluation thérapeutique<sup>27</sup>.

Le coût élevé de l'instrument reste toutefois un obstacle à la diffusion de la MCR dans le milieu médical, seuls une dizaine de CHU en France étant équipés actuellement.



Cellules de mélanome en MCR

Photographies Collection Pr Bahadoran



Cellules de mélanome en HD-OCT

### Les techniques d'imagerie cutanée non invasive de demain...

Un système combiné associant vidéodermoscopie et MCR sera bientôt disponible. La **microscopie biphotonique** est une forme élaborée de MCR qui permet d'explorer le tissu cutané avec une meilleure définition et une meilleure pénétration, mais le champ exploré est très limité et elle est surtout utilisée en cosmétologie<sup>28</sup>. La tomographie à cohérence optique haute définition ou HD-OCT est une technique qui donne des images proches de la MCR avec en plus une visibilité en 3D. Des résultats préliminaires ont été publiés dans les carcinomes et le mélanome<sup>29,30</sup>.

D'autres techniques comme la spectroscopie cutanée demeurent encore au stade de recherches.

La dermoscopie et la MCR font d'ores et déjà partie de la prise en charge diagnostique en dermatologie. L'arrivée de nouvelles techniques d'imagerie cutanée non invasive plus performantes devrait aboutir à la possibilité de biopsies cutanées virtuelles permettant de mieux cibler et limiter les biopsies chirurgicales.

## Références bibliographiques

1. Braun RP, Rabinovitz H, Oliviero M, Kopf AW, Saurat JH, Thomas L. Dermatoscopy of pigmented lesions. *Ann Dermatol Venereol*. 2002; 129: 187-202.
2. Moulin C, Poulalhon N, Duru G, Debarbieux S, Dalle S, Thomas L. Dermoscopy use by French private practice dermatologists: a nationwide survey. *Br J Dermatol*. 2013; 168: 74-9.
3. Balch CM, Gershenwald JE, Soong SJ, et al. Final version of 2009 AJCC melanoma staging and classification. *J Clin Oncol*. 2009; 27: 6199-206.
4. Bafounta ML, Beauchet A, Aegerter P, Saiag P. Is dermoscopy (epiluminescence microscopy) useful for the diagnosis of melanoma? Results of a meta-analysis using techniques adapted to the evaluation of diagnostic tests. *Arch Dermatol*. 2001; 137: 1343-50.
5. Carli P et al. Improvement of malignant/benign ratio in excised melanocytic lesions in the 'dermoscopy era': a retrospective study 1997-2001. *Br J Dermatol*. 2004 ; 150: 687-92.
6. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport\\_dermoscopie.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_dermoscopie.pdf)
7. Puig S, Malvey J. Monitoring patients with multiple nevi. *Dermatol Clin*. 2013; 31:565-77.
8. Tromme I, Sacré L, Hammouch F et al. Availability of digital dermoscopy in daily practice dramatically reduces the number of excised melanocytic lesions: results from an observational study. *Br J Dermatol*. 2012; 167: 778-86
9. Altamura D, Menzies SW, Argenziano G, et al. Dermatoscopy of basal cell carcinoma: morphologic variability of global and local features and accuracy of diagnosis. *J Am Acad Dermatol*. 2010; 62: 67-75.
10. Zalaudek I, Giacomel J, Schmid K, et al. Dermatoscopy of facial actinic keratosis, intraepidermal carcinoma, and invasive squamous cell carcinoma: a progression model. *J Am Acad Dermatol*. 2012; 66: 589-97.
11. Dupuy A, Dehen L, Bourrat E, et al. Accuracy of standard dermoscopy for diagnosing scabies. *J Am Acad Dermatol*. 2007; 56: 53-62.
12. Miteva M, Tosti A. Hair and scalp dermoscopy. *J Am Acad Dermatol*. 2012; 67: 1040-8.
13. Micali G, Lacarrubba F, Massimino D, Schwartz RA. Dermatoscopy: alternative uses in daily clinical practice. *J Am Acad Dermatol*. 2011; 64: 1135-46.
14. Marghoob AA. Current status of dermoscopy in the diagnosis of dermatologic disease. *J Am Acad Dermatol*. 2013; 69: 814-5.
15. Tyagi A, Miller K, Cockburn M. e-Health Tools for Targeting and Improving Melanoma Screening: A Review. *J Skin Cancer*. 2012; 2012: 43502.
16. Wolf JA, Moreau JF, Akilov O, Patton T, English JC 3rd, Ho J, Ferris LK. Diagnostic inaccuracy of smartphone applications for melanoma detection. *JAMA Dermatol*. 2013;149:422-6.
17. Bahadoran P. La Microscopie Confocale par Reflectance (MCR) in vivo: Vers la Biopsie Cutanée Virtuelle ? *Ann Dermatol Venereol* 2013, sous presse.
18. Hofmann-Wellenhoff R, Pellacani G, Malvey J, Soyer HP eds. *Reflectance confocal microscopy for skin diseases*. Springer Verlag Berlin 2012.
19. Kang HY, Bahadoran P, Ortonne JP. Reflectance confocal microscopy for pigmentary disorders. *Exp Dermatol*. 2010; 19: 233-9.
20. Pellacani G, Guitera P, Longo C, Avramidis M, Seidenari S, Menzies S. The impact of in vivo reflectance confocal microscopy for the diagnostic accuracy of melanoma and equivocal melanocytic lesions. *J Invest Dermatol*. 2007; 127: 2759-65.
21. Guitera P, Pellacani G, Longo C, Seidenari S, Avramidis M, Menzies S. In vivo reflectance confocal microscopy enhances secondary evaluation of melanocytic lesions. *J Invest Dermatol*. 2009; 129: 131-8
22. Alarcon I, Carrera C, Palou J, Alos L, Malvey J, Puig S. Impact of in vivo reflectance confocal microscopy on the number needed to treat melanoma in doubtful lesions. *Br J Dermatol*. 2013 Oct 11. [Epub ahead of print]
23. Guitera P, Pellacani G, Crotty KA, Scolyer RA, Li LX, Bassoli S, Vinceti M, Rabinovitz H, Longo C, Menzies SW. The impact of in vivo reflectance confocal microscopy on the diagnostic accuracy of lentigo maligna and equivocal pigmented and nonpigmented macules of the face. *J Invest Dermatol*. 2010; 130: 2080-91.
24. Guitera P, Moloney FJ, Menzies SW, Stretch JR, Quinn MJ, Hong A, Fogarty G, Scolyer RA. Improving management and patient care in lentigo maligna by mapping with in vivo confocal microscopy. *JAMA Dermatol*. 2013; 149: 692-8.
25. Guitera P, Menzies SW, Longo C, Cesinaro AM, Scolyer RA, Pellacani G. In vivo confocal microscopy for diagnosis of melanoma and basal cell carcinoma using a two-step method: analysis of 710 consecutive clinically equivocal cases. *J Invest Dermatol*. 2012; 132 : 2386-94.
26. Slutsky JB, Rabinovitz H, Grichnik JM, Marghoob AA. Reflectance confocal microscopic features of dermatophytes, scabies, and demodex. *Arch Dermatol*. 2011; 147: 1008.
27. Longo C, Casari A, Beretti F, Cesinaro AM, Pellacani G. Skin aging: in vivo microscopic assessment of epidermal and dermal changes by means of confocal microscopy. *J Am Acad Dermatol*. 2013; 68: e73-82.
28. El Madani HA, Tancrède-Bohin E, Bensussan A, Colonna A, Dupuy A, Bagot M, Pena AM. In vivo multiphoton imaging of human skin: assessment of topical corticosteroid-induced epidermis atrophy and depigmentation. *J Biomed Opt*. 2012; 17: 026009.
29. Boone MA, Norrenberg S, Jemec GB, Del Marmol V. Imaging of basal cell carcinoma by high-definition optical coherence tomography: histomorphological correlation. A pilot study. *Br J Dermatol*. 2012 Oct;167(4):856-64.
30. Picard A, Tsilika K, Long-Mira E, Hofman P, Passeron T, Lacour JP, Bahadoran P. Interest of High Definition Optical Coherent Tomography (HD-OCT) for imaging of melanoma. *Br J Dermatol*. 2013 May 11. [Epub ahead of print]

## Photothérapie, Photosensibilisation, Photoprotection : mise au point

Pr Christophe BEDANE

Service de Dermatologie, CHU Limoges, Président de la Société Française de Photodermatologie

La photodermatologie s'intéresse aux interactions entre la peau et le rayonnement UV, qu'il soit naturel (le soleil) ou artificiel, dans le cadre de la photothérapie médicale.

### La Photothérapie médicale

**Il existe deux grands types de photothérapies**, la photothérapie UVA avec prise de psoralène ou PUVAthérapie, et la photothérapie UVB à spectre étroit. Le psoriasis en est une indication majeure.

Malgré le déferlement thérapeutique des biothérapies ces dernières années, il convient de rappeler que les photothérapies permettent en quelques semaines une réduction du score PASI de 85 à 90 % et présentent donc une efficacité supérieure avec un coût de traitement 10 à 30 fois moins élevé. Environ un quart des 3 200 dermatologues français possèdent une cabine de photothérapie, et il est dommage que le taux d'équipement diminue parmi les jeunes générations.

**La photothérapie UVB à spectre étroit** est dorénavant la photothérapie de première intention dans les psoriasis en plaques étendus. Les modalités de traitement sont variables, mais il est nécessaire de réaliser au moins trois séances par semaine.

Les psoriasis épais ou inflammatoires ou résistants à la photothérapie UVB, peuvent bénéficier de PUVAthérapie. Le risque carcinogène de la photothérapie UVB à spectre étroit est encore mal évalué. Il est probable qu'il soit inférieur à celui de la PUVAthérapie, mais par principe de précaution, les recommandations éditées par la Société Française de Dermatologie en 2010 proposent un nombre maximal de 250 séances par patient pour une vie, tout type de photothérapie confondu.

### Les associations thérapeutiques

L'association rétinoides/photothérapies est classique et permet d'obtenir une efficacité identique tout en réduisant le nombre de séances d'UV. L'efficacité variable des biothérapies pour les psoriasis sévères a conduit à proposer des associations avec la photothérapie UVB en particulier. On observe globalement une réponse plus rapide au traitement.

### Les Photosensibilisations médicamenteuses

**Il y a toujours quelque chose de nouveau dans le domaine des photo-allergies médicamenteuses !**

Dans le déclenchement d'une photo-allergie, le médicament se comporte comme un haptène qui, en se combinant au rayonnement UV naturel (UVA essentiellement) devient un allergène. Ce phénomène peut déclencher des réactions cutanées redoutables. Beaucoup de médicaments très courants sont potentiellement photosensibilisants. Citons les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, très utilisés dans la prise en charge des états dépressifs, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) type kétoprofène, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) très prescrits pour le traitement de l'HTA ou encore les statines...

Le *vemurafenib* utilisé dans le traitement des mélanomes métastatiques Braf mutés, et l'*octocrylène* filtre UVB retiré des produits solaires pour enfants représentent des photoallergènes émergents.

Il est donc particulièrement important de continuer à faire des enquêtes photo-allergiques, alors même que le nombre des centres susceptibles de réaliser ces explorations photobiologiques ne cesse de diminuer en France...

### Photoprotection et Vitamine D

Les dermatologues sont confrontés tous les jours en consultation à des patients qui brandissent un dosage de Vitamine D effondré... Or, les conditions et techniques de dosage manquent de rigueur. La littérature foisonne d'études contradictoires sur les risques de survenue de cancer. Et les dermatologues qui prônent une photoprotection efficace sont accusés d'aggraver le déficit en Vitamine D dans la population !

Rappelons que si le rayonnement UV participe à la synthèse de Vitamine D dans l'épiderme, il n'a jamais été démontré que la photoprotection par filtres ou écrans solaires pouvait induire une carence. Par ailleurs, les séances d'UVA proposées dans les centres de bronzage ne peuvent certainement pas remonter les taux de Vitamine D lorsqu'ils sont trop faibles.

Revenons donc à une alimentation équilibrée, une exposition solaire modérée et raisonnée, et privilégions une supplémentation orale si les taux de Vitamine D sont trop faibles !

### La photothérapie dynamique (P.D.T.)

Trois indications avec AMM validées depuis 2006, un médicament disponible dans toutes les pharmacies avec une amélioration du service médical rendu coté à 3, donc important, remboursé par l'Assurance maladie, et toujours pas de cotation de l'acte médical dans le cadre de la CCAM ! Chacun en France a donc développé sa technique de prise en charge, cotation par assimilation, pourtant interdite par certaines caisses d'Assurance maladie, hospitalisations de jour...

Il est indispensable d'obtenir un acte CCAM correctement rémunéré pour l'acte technique de PDT, faute de quoi nous verrons se développer des solutions approximatives comme la photothérapie en lumière naturelle, qui s'étend à partir des pays nordiques avec tous les risques de traitement insuffisant pour nos patients que cela comporte...

## Hémangiomes, gale et psoriasis de l'enfant

Pr Christine BODEMER

Hôpital Necker-Enfants malades, Paris

### Les hémangiomes infantiles et le *propranolol*

Les hémangiomes infantiles du nourrisson sont des petites tumeurs vasculaires bénignes fréquentes puisque 10 % des enfants en seraient porteurs. Ces lésions visibles ou non à la naissance se développent dans les premiers mois de vie.

La plupart de ces hémangiomes infantiles ne nécessitent aucun traitement car ils vont spontanément progressivement régresser, sans inconfort pour l'enfant.

Cependant, dans une minorité de cas, certains peuvent poser problème :

- ulcération (nécrose superficielle, croûtes) associée à des saignements et des douleurs ;
- localisation dans des topographies à l'origine d'une importante gêne fonctionnelle : sur la lèvre gênant la succion, une narine gênant la respiration, ou une paupière gênant l'ouverture de l'œil avec risque d'amblyopie (perte de la vue) ;
- volume important provoquant un retentissement sur l'état général de l'enfant (risque d'insuffisance cardiaque) ;
- enfin, risque de cicatrice inesthétique au terme de la régression spontanée, du fait de leur taille initiale ou de leur topographie.

Ces angiomes « compliqués » justifient alors d'un traitement pour soulager immédiatement l'enfant, voire éviter des complications sévères et/ou des séquelles inesthétiques importantes. Ces situations non fréquentes ont posé des problèmes thérapeutiques difficiles pendant de nombreuses années. Le traitement de première intention comportait avant tout une corticothérapie par voie générale à fortes doses, d'efficacité variable, avec des risques d'effets secondaires importants chez un nourrisson en pleine croissance.

L'utilisation du *propranolol* dans ces indications d'hémangiomes infantiles compliqués, est une véritable révolution dans l'univers de la dermatologie pédiatrique. Le choix de ce médicament s'est imposé naturellement, alors que les effets spectaculaires du *propranolol* ont été découverts par hasard, devant l'observation d'un enfant, atteint d'un très volumineux hémangiome infantile, mis sous cortisone (pour l'hémangiome) et bêtabloquant (du fait de troubles cardiaques secondaires à la volumineuse masse tumorale vasculaire encore évolutive). **La confirmation de cette efficacité s'est faite par l'observation d'autres patients avec un hémangiome compliqué, et les résultats positifs du *propranolol* dans cette indication, ont été maintenant rapportés par de nombreuses équipes impliquées dans la prise en charge d'hémangiomes infantiles, avec près de 300 publications internationales confirmant ces résultats.**

Dès lors, plusieurs questions se posent auxquelles nous pouvons apporter certains éléments de réponse grâce aux travaux qui sont menés en France et au niveau international, avec un recul de plusieurs années depuis la première observation.

#### 1. Les bêtabloquants, pour quel hémangiome infantile ?

Quel que soit le souhait de tout parent de voir « s'effacer » une lésion visible chez son enfant le plus rapidement possible, il ne s'agit pas de traiter tous les hémangiomes infantiles du nourrisson par bêtabloquant, car il est important de garder à l'esprit que cette tumeur vasculaire reste une tumeur bénigne spontanément régressive sans complication dans plus de 80 % des cas, alors que le traitement doit être poursuivi au minimum six mois avec des effets secondaires potentiels à ne pas négliger.

#### 2. Quel rapport bénéfice/risque à ce traitement ?

Un résultat positif est observé dans la très grande majorité des cas avec une régression spectaculaire et rapide de l'hémangiome infantile. La tolérance de ce traitement est habituellement très bonne chez le nourrisson. Des effets secondaires sont cependant toujours possibles : agitation la nuit avec cauchemars, risque d'hypoglycémie (peu fréquente), mise en évidence d'une tendance à l'asthme.

Il s'agit donc d'une prescription qui doit être faite par des médecins expérimentés, connaissant le nourrisson, les hémangiomes infantiles, ainsi que la molécule et ses précautions d'emploi. Aujourd'hui, ce médicament ne peut être donné dans cette indication que sur dérogation officielle. Il est attribué au cas par cas par l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). La mise en route se fait le plus souvent à l'hôpital, car la forme actuelle (sirop de *propranolol*) réservée aux nourrissons ne peut être obtenue que dans les pharmacies hospitalières.



Dès lors, des études multicentriques sont en cours afin de recueillir les éléments suffisants à l'obtention d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) permettant une délivrance facilitée sur prescription dans cette indication. D'autres travaux sont également menés afin d'essayer de mettre au point une forme topique qui permettrait de traiter aussi des hémangiomes moins sévères et moins compliqués avec un risque moindre d'effets secondaires.

### 3. Le *propranolol* est-elle la seule molécule du groupe des bêtabloquants efficace et utilisable chez l'enfant ?

D'autres molécules sont à l'essai avec des résultats variables et font régulièrement de présentations aux congrès internationaux.

### 4. Quels sont les mécanismes d'action du *propranolol* ?

Les données actuelles ne permettent pas d'apporter des explications scientifiques précises. Plusieurs hypothèses sont avancées. Il apparaît clairement que le traitement est d'autant plus efficace qu'il a été prescrit très tôt.

## La gale du nourrisson

La gale ou scabiose est une parasitose cutanée bénigne qui touche plus de 300 millions d'individus par an dans le monde. Elle est très contagieuse, cosmopolite, liée à la colonisation de la couche cornée de l'épiderme par un acarien, le sarcoptes scabiei variante hominis. Les épidémies peuvent être longues et difficiles à contenir, surtout en collectivité et le traitement représente un coût non négligeable.

Chez l'enfant, et en particulier le nourrisson, le diagnostic est parfois fait avec retard favorisant la propagation de l'épidémie en collectivité. En effet, la présentation clinique est souvent différente de celle de l'adulte, avec des tableaux parfois trompeurs. Les lésions plus florides, siègent dans des topographies prédominantes différentes, et le prurit n'est pas toujours bien reconnu chez un nourrisson.

Le Groupe de Recherche de la Société Française de la Dermatologie Pédiatrique (SFDP) s'est mobilisé afin de mieux définir les caractéristiques de la gale chez le nourrisson, dans le cadre d'un travail multicentrique.

Les lésions cutanées peuvent être très diffuses, pustuleuses, voir nodulaires infiltrées, et atteignent non seulement les paumes, plantes, aisselles, et région génitale, mais aussi le visage et le cuir chevelu, topographie non retrouvée habituellement chez l'adulte. L'absence de traitement dans ces topographies (traitements en applications locales) comme cela était anciennement préconisé, expliquent sans doute une part « d'échec » au traitement.

La notion de prurit dans l'entourage d'un enfant qui présente de telles lésions est évidemment essentiel pour porter un diagnostic de gale mais n'est pas toujours simple à retrouver, en particulier quand la contamination s'est faite dans d'autres collectivités en dehors de l'environnement familial immédiat. Les adultes atteints peuvent n'avoir aucun symptôme cutané en dehors du prurit. Ils sont donc peu sensibilisés au diagnostic de gale qui est souvent mal accepté, car « honteux », synonyme de manque d'hygiène et de mauvais soins pour l'enfant. Ce n'est évidemment pas le cas, la gale peut s'observer dans tous les milieux, y compris ceux où le souci de l'hygiène corporelle est parfaitement respecté.

Les diagnostics différentiels à évoquer devant les démangeaisons peuvent être notamment d'autres ectoparasitoses, ou des maladies d'origine dermatologique (eczéma, psoriasis...). Le rôle du dermatologue est important pour affirmer ce diagnostic par une analyse clinique fine des lésions dermatologiques du nourrisson, et avec au besoin, la confirmation par un examen parasitologique direct avec une analyse au microscope optique retrouvant l'ectoparasite.

### Deux points sont à souligner :

- **Le diagnostic est essentiellement clinique**, au besoin en s'aidant par un dermatoscope (sorte de grosse loupe) devenu un outil indispensable au dermatologue pour différentes pathologies. La tête du sarcopte apparaît d'une manière bien spécifique (signe de l'aile delta) et est repérable au bout d'une galerie (sillon) que le parasite a creusé dans la peau.

- **Au niveau thérapeutique, l'objectif est d'éradiquer le parasite et de prévenir la transmission. Par conséquent, le traitement individuel doit toujours s'accompagner d'une enquête épidémiologique** à la recherche d'une infestation des proches et un traitement du linge potentiellement contaminé. A l'heure actuelle, un traitement par voie générale, l'*ivermectine*, est un traitement de choix pour les enfants (dont le poids dépasse 15 kg) et les adultes, avec une première prise unique par voie orale. Une deuxième prise est réalisée 7 jours plus tard pour éradiquer une deuxième génération de sarcoptes, les œufs étant protégés de l'action de l'*ivermectine*. Les personnes en contact sont traitées de la même manière et en même temps.

Ce traitement est simple et efficace pour les patients lorsque le diagnostic de gale est prouvé et pour lesquels l'application d'un topique acaricide présente des difficultés. L'*ivermectine* a l'autorisation de mise sur le marché pour le traitement de la gale (patient de plus de 15kg), mais il est aussi prescrit pour d'autres parasitoses chez des nourrissons. C'est pourquoi le groupe de Recherche de Dermatologie Pédiatrique met en place une étude évaluant la place de ce traitement (bénéfice/risque) chez les tout petits.

### ■ Psoriasis de l'enfant exemple d'une maladie fréquente qui bénéficie des travaux sur les maladies rares.

Plus la survenue du psoriasis apparaît tôt dans la vie, plus une histoire familiale mettant bien en évidence un terrain génétique est retrouvée.

Le psoriasis en gouttes est une forme plus particulière à l'enfant qui survient volontiers au décours d'une infection ORL, soulignant le rôle déclenchant probablement fréquent dans cette population d'un agent infectieux. Des études, ont montré le rôle aggravant que pouvait avoir une infection ORL chez ces enfants et le bénéfice potentiel, dans ce cas, d'une amygdalectomie. Il s'agit bien entendu à chaque fois d'une décision qui doit se faire au cas par cas, avec une concertation entre dermatopédiatres, pédiatres, et médecins ORL, en fonction de l'histoire clinique de l'enfant.

Les traitements topiques restent la première étape de la prise en charge de cette maladie cutanée chronique, et sont souvent efficaces. Il s'agit avant tout de corticothérapie locale, bien maîtrisée, ou de dérivé de la vitamine D.

Dans les formes plus sévères, plus étendues (psoriasis en grandes plaques diffuses), voire associées à des signes généraux (malaises, fièvre...), des traitements par voie générale s'envisagent. Il s'agit des rétinoïdes, du méthotrexate (molécule immunosuppressive/anti-inflammatoire) particulièrement efficace en cas d'atteinte articulaire (rars cas chez l'enfant d'arthrite psoriasique), ou de cyclosporine (traitement immunosuppresseur) qui ont l'AMM dans cette indication chez l'enfant, avec une bonne efficacité dans les formes pustuleuses.

Les biothérapies (anti-TNF en particulier) peuvent aussi trouver leur place dans cet arsenal thérapeutique des formes sévères de psoriasis chez l'enfant. Il n'existe pas d'études ayant comparé leur efficacité versus les traitements précédents. En revanche, deux études de qualité menées aux Etats-Unis par le Pr Amy Paller, ont montré une efficacité chez l'enfant d'un traitement anti-TNF dans des formes modérées à sévères de psoriasis de l'enfant. La première a été publiée dans la prestigieuse revue de recherche clinique, *The New England Journal of Medicine* en 2008, la deuxième reprenant la même cohorte de patients mais avec un suivi thérapeutique plus long (96 semaines) a montré, non seulement une persistance de l'efficacité, mais aussi une bonne tolérance dans ce laps de temps de suivi. D'autres anti-TNFa sont à l'étude dans ces indications de psoriasis sévère chez l'enfant.

L'arsenal thérapeutique s'élargit donc, mais il faut toujours garder à l'esprit, particulièrement dans cette population pédiatrique, que les études actuelles permettent de répondre aux questions sur la tolérance des traitements généraux, mais pour des périodes limitées seulement à quelques années d'observations. Des études sont également à réaliser pour comparer ces traitements par voie générale en termes d'efficacité, tolérance, facilité d'utilisation chez l'enfant (qui ne supporte pas toujours des injections renouvelées dans le cas des biothérapies) et de coût. Par ailleurs pour une même forme clinique, la réponse aux traitements peut ne pas être la même entre deux patients, ce qui laisse penser que l'expression de la maladie est très influencée par l'environnement, le mode de vie et différents facteurs de prédisposition génétique.

**C'est pourquoi, un démembrement génétique est en cours.** En 2011, l'équipe d'Asma Smahi (unité INSERM, U781, Hôpital Necker Enfants Malades, Paris) a ainsi montré, dans une publication dans le *New England Journal of Medicine*, qu'une forme familiale de psoriasis pustuleux, était en fait une maladie auto-inflammatoire monogénique (et non polygénique) impliquant une voie particulière de l'inflammation. Les mécanismes responsables ont pu être élucidés en grande partie, ouvrant de passionnantes perspectives thérapeutiques, non seulement pour ces formes de psoriasis, mais aussi pour des pathologies impliquant des mécanismes inflammatoires et auto-inflammatoires proches, dont un certain nombre sont à début pédiatrique précoce, sévères avec atteinte cutanée importante.

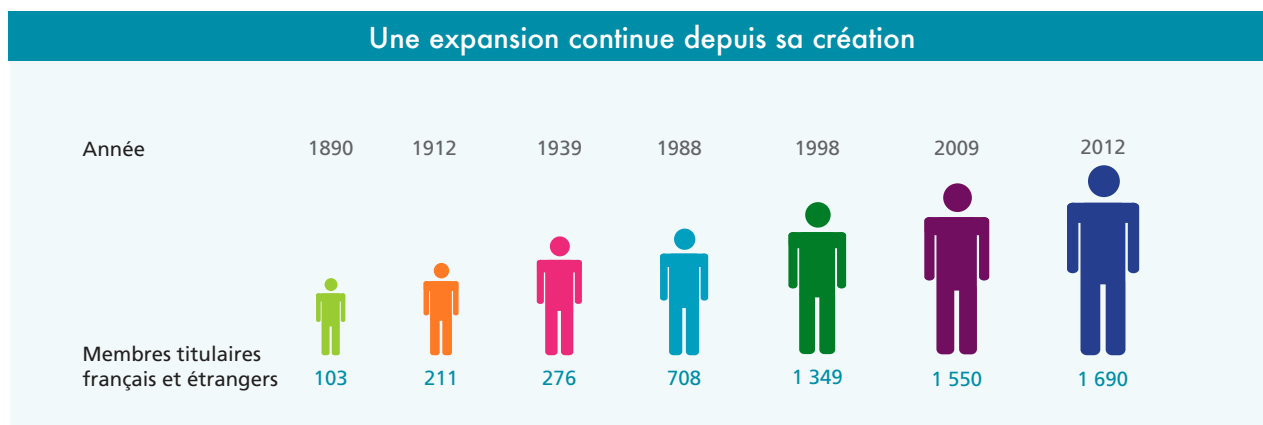
Ce travail de « démembrement génétique » des différentes formes de psoriasis chez l'adulte et l'enfant, se poursuit pour mieux en comprendre les spécificités et développer de nouveaux traitements très ciblés sur la compréhension fine du mécanisme impliqué, à haute probabilité d'efficacité. Cela illustre le fait que les travaux de Recherche sur des maladies rares ou très rares qui concernent au départ une part infime de la population, permettent une meilleure compréhension de maladies fréquentes, comme le psoriasis par exemple, et des avancées thérapeutiques majeures.

## Mieux connaître la Société Française de Dermatologie et de pathologie sexuellement transmissible

### UNE ASSOCIATION SCIENTIFIQUE HISTORIQUE

Association reconnue d'utilité publique par décret le 12 Janvier 1895, la Société Française de Dermatologie et de Pathologie Sexuellement Transmissible (SFD) a été fondée le 22 juin 1889 sous le nom de Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie. Elle est actuellement administrée par un Conseil d'Administration comprenant 21 dermatologues libéraux, hospitaliers et hospitalo-universitaires, renouvelés par tiers chaque année qui élisent les membres du Bureau : le Président, 3 Vice-présidents, le Secrétaire Général et le Trésorier.

### UNE EXPANSION CONTINUE DEPUIS SA CREATION



### LES GROUPES THEMATIQUES DE LA SFD

L'existence au sein de la SFD de nombreux groupes thématiques qui ont chacun un intérêt particulier dans un domaine précis de la spécialité et leur fonctionnement propre est une de ses particularités.

Composés de dermatologues cliniciens, hospitalo-universitaires, libéraux et de chercheurs, ils permettent un partage d'expérience et la mise en place d'études multicentriques autour de thèmes communs.

Ces groupes ont permis d'insuffler une réelle énergie, tout particulièrement dans le domaine de la recherche clinique et de la formation. Ils témoignent de la diversité des domaines d'intérêt des dermatologues et du dynamisme de la dermatologie française.

## TROIS GRANDES MISSIONS

La SFD a pour objectifs de promouvoir la dermatologie française dans la communauté médicale et scientifique française et internationale, que ce soit à travers le soutien de la recherche médicale, le développement de la formation continue ou l'évaluation des soins.

## LA RECHERCHE MEDICALE

Aider au développement de la recherche médicale clinique, biologique et fondamentale dans les domaines de la dermatologie et des infections sexuellement transmissibles, est une des priorités de la SFD, puisqu'une part importante de son budget y est consacrée (850 000 euros par an). Afin de favoriser la recherche en dermatologie hospitalière et libérale, le Conseil scientifique de la SFD attribue chaque année des bourses destinées à soutenir des projets de recherche clinique ou clinico-biologique dont la thématique doit être centrée sur l'étude d'une pathologie dermatologique et/ou de sa physiopathologie. Huit bourses pour le soutien à la formation à la recherche en Dermatologie sont aussi attribuées annuellement pour permettre à des dermatologues diplômés ou en cours de formation, d'effectuer un stage de recherche fondamentale ou de recherche clinique dans le cadre d'une formation de type Master-2 ou Doctorat ou Post-doctorat.

## EVALUATION ET RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE

L'amélioration continue de la pratique professionnelle en Dermatologie est également un des objectifs que s'est fixé la SFD. L'évaluation des soins, notamment des innovations diagnostiques et thérapeutiques, les actions de santé publique, de prévention et d'épidémiologie et l'élaboration de recommandations professionnelles sont l'expression de cette volonté. Différentes conférences de consensus et des recommandations pour la pratique ont été réalisées sur des sujets importants de dermatologie tels que l'herpès cutanéomuqueux, l'urticaire chronique, la dermatite atopique, les carcinomes baso-cellulaires, les carcinomes épidermoïdes et le mélanome.

L'association **Recommandations en Dermatologie (aRED)** de la SFD a été créée afin de promouvoir les principes et les outils de la médecine basée sur les preuves, la réalisation de revues systématiques, de recommandations et de guides pratiques grâce à des actions de formation, l'attribution de bourses, la participation aux groupes de recommandations et la publication d'une rubrique dédiée à la médecine basée sur les preuves dans les Annales de Dermatologie et de Vénérologie. L'aRED collabore étroitement avec le satellite Français du groupe Skin de la Collaboration Cochrane récemment créé.

La SFD est un partenaire actif des organismes publics, en particulier de l'INSERM et l'Agence Nationale de la Recherche, de l'Institut National du Cancer pour l'organisation des soins en cancérologie, et de la Haute Autorité de Santé pour l'évaluation des pratiques professionnelles et les recommandations pour la pratique.

## LA FORMATION CONTINUE

### Les Journées Dermatologiques de Paris

Plus de 4 000 dermatologues s'y retrouvent chaque année en décembre. De nombreuses thématiques cliniques, thérapeutiques et de recherche sont abordées, réalisant une Formation Médicale Continue de haut niveau avec l'organisation d'ateliers pratiques, de séances de FMC, de communications scientifiques et de présentations de posters.

### Les Journées de Dermatologie Interventionnelle de Paris

Partage de l'expertise de chacun des trois groupes thématiques - Dermatologie Chirurgicale, Laser et Dermatologie Esthétique et Correctrice - par des sessions transversales conjointes, ces journées ont pour ambition de réunir les médecins dermatologues, mais aussi les médecins spécialistes impliqués dans le domaine de la dermatologie interventionnelle et esthétique. Elles abordent les aspects fondamentaux, scientifiques et pratiques des différentes facettes de la dermatologie interventionnelle sous la forme de communications scientifiques, de formations médicales pratiques et de symposiums.

### Les Quatre Saisons de la Dermatologie

Quatre séances à thème ont lieu chaque année un jeudi en janvier, mars, juin et octobre, à Paris. Durant ces réunions, des communications libres ou thématiques sont présentées, ainsi qu'une conférence par un orateur invité français ou étranger. Ces conférences sont systématiquement retransmises sur le site internet de la SFD. Organisées par le Comité des programmes des 4 Saisons, les réunions « du jeudi » de la Société ont été l'occasion de multiples descriptions de nouvelles maladies, de formes cliniques particulières ou de nouveautés thérapeutiques.

### Les Annales de Dermatologie et de Vénérologie

Revue périodique officielle de la SFD, les Annales présentent des travaux originaux et des articles de formation consacrés à la dermatologie, aux maladies sexuellement transmissibles et à la biologie cutanée. Les 12 numéros annuels sont également consultables en ligne.

## Les sites internet de la SFD



Le site professionnel de la SFD vous permet d'accéder à toutes les informations concernant les activités menées par la SFD et à l'actualité en dermatologie. La SFD vous offre ainsi une information scientifique de référence adaptée à la pratique en dermatologie. [sfdermato.com](http://sfdermato.com)



Offrir aux patients et au grand public une information utile, accessible et de qualité en dermatologie est essentiel pour la Société Française de Dermatologie. C'est pourquoi le site [dermato-info.fr](http://dermato-info.fr) destiné au grand public, apporte à vos patients une information validée et actualisée sur la peau saine, les pathologies cutanées les plus fréquentes, leur prévention et leur prise en charge. Au quotidien, il peut être un outil de travail complémentaire en le conseillant aux patients. [dermato-info.fr](http://dermato-info.fr)



Le site de la Filière Maladies Rares en Dermatologie (FIMARAD) pour les professionnels de santé et les patients, est un répertoire et un site de référencement des maladies rares en Dermatologie afin de tout connaître sur les centres de Référence Maladies Rares en France. [fimarad.org](http://fimarad.org)

### Bureau de la SFD

Pr Olivier CHOSIDOW : Président  
Pr Jean-Philippe LACOUR : Past-Président  
Prs Michel d'Incan, François Aubin : Vice-Présidents  
Dr Patricia SENET : Vice-Présidente  
Dr Sandra LY : Trésorière  
Pr Marie-Aleth Richard : Secrétaire Générale

### Contact presse

Dr Brigitte ROY-GEFFROY  
[b.royeffroy@sfdermato.com](mailto:b.royeffroy@sfdermato.com) - Tél. : 01 43 27 01 66 - Mobile : 06 80 21 08 03

### Contact JDP

Sylvie FOJUTOWSKI  
[jdp@sfdermato.com](mailto:jdp@sfdermato.com) - Tél. : 01 43 27 01 67

### Comité d'organisation JDP

Pr Christophe BÉDANE  
Pr Marie-Thérèse LECCIA  
Dr Manuelle VIGUIER

### Société Française de Dermatologie

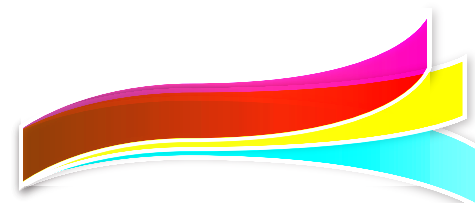
Maison de la Dermatologie  
25, rue La Boétie - 75008 Paris  
Tél : 01 43 27 01 56 - Fax : 01 43 27 01 86  
[secretariat@sfdermato.com](mailto:secretariat@sfdermato.com)  
[www.sfdermato.com](http://www.sfdermato.com)  
[www.dermato-info.fr](http://www.dermato-info.fr)

# JOURNEES DE DERMATOLOGIE INTERVENTIONNELLE DE PARIS

CHIRURGIE, LASER, DERMATOLOGIE ESTHÉTIQUE ET CORRECTRICE



# 2014



## JDIP2013

CHIRURGIE - LASER - DERMATOLOGIE ESTHÉTIQUE ET CORRECTRICE

13 - 15 juin 2013  
Palais des Congrès de Paris



[www.jdip2013.com](http://www.jdip2013.com)

### Contact presse

**Dr Brigitte Roy-Geffroy**

Société Française de Dermatologie

[b.roygeffroy@sfdermato.com](mailto:b.roygeffroy@sfdermato.com)

06 80 21 08 03

### Secrétariat du Congrès

JDIP2013 - c/o MCI France  
24 rue Chauchat  
75009 Paris  
Tél. : +33 (0)1 53 85 82 76  
Fax : +33 (0)1 53 85 82 83  
Email : [info@jdip2013.com](mailto:info@jdip2013.com)

### Présidente du Congrès

Claire Beylot (Bordeaux)

### Comité d'Organisation

Jean-Yves Bailly (Toulouse)  
Jean-Philippe Lacour (Nice)  
Thierry Michaud (Mulhouse)  
Marie-Aleth Richard (Marseille)  
Gérard Toubel (Rennes)

### Thèmes principaux

La chirurgie de l'ongle et de l'oreille  
La volumétrie faciale  
La région péri buccale  
Le traitement de l'ovale du visage  
Les complications en Dermatologie Interventionnelle,  
prévention et gestion