

VITILIGO : DES TRAITEMENTS EFFICACES SOUS-UTILISÉS

La plupart des patients atteints de vitiligo peuvent être améliorés grâce à la photothérapie et aux immunosuppresseurs par voie locale ou générale.



Un sentiment de fatalité est encore trop fréquent face au vitiligo et beaucoup de patients atteints s'entendent dire qu'il n'y a rien à faire. « C'est dramatique, car c'est une maladie qui entraîne une grande souffrance morale, déplore le Pr Khaled Ezzedine (Créteil). Il est important de rechercher une association à d'autres maladies auto-immunes, thyroïdiennes, en particulier, puisque 25 à 30% des personnes atteintes d'un vitiligo auront une thyroïdite auto-immune au cours de leur vie ». La dépigmentation est due à la disparition des mélanocytes, mais des cellules souches persistent, essentiellement localisées dans les follicules pileux. La stimulation du follicule pileux, par la photothérapie par exemple, permet la production de mélanocytes. Quand les surfaces atteintes sont limitées, la photothérapie est

localisée aux zones dépigmentées. Elle est associée à un immunomodulateur topique, dermocorticoïde ou tacrolimus. « Le tacrolimus est le gold standard », a estimé le Pr Laila Benzekri (CHU Ibn Siba, Rabat). Il a l'avantage d'être dépourvu des effets secondaires cutanés observés avec les corticoïdes, et peut donc être utilisé sur le visage et le cou, contrairement à la corticothérapie. Les applications doivent se faire deux fois par jour pendant au moins six mois. « Une application bi-hebdomadaire pendant six mois supplémentaires permet de diminuer le risque de repigmentation secondaire », a remarqué le Pr Benzekri.

Photothérapie générale

Lorsque les lésions sont étendues, la photothérapie générale est indiquée. En phase de poussée, ce traitement peut être associé à des immunosuppresseurs, corticoïdes par voie orale par exemple. « Des études ont montré qu'une dépigmentation en motte en périphérie d'une lésion signifie que celle-ci est active. Dans ce cas, il est possible de freiner la propagation du vitiligo avec des corticoïdes par voie orale à petites doses », précise le Pr Ezzedine.

Deux voies moléculaires ont été bien identifiées, qui pourraient conduire à la mise à disposition de biothérapies efficaces. L'un d'elle est la voie Jak/Stat. Des inhibiteurs de cette voie ont l'AMM dans la polyarthrite rhumatoïde et le psoriasis, et quelques cas cliniques isolés indiquent que le tofacitinib pourrait être intéressant dans le vitiligo, en provoquant une bonne repigmentation de lésions très anciennes. « Il y aura probablement des essais dans les années à venir, car le vitiligo est une maladie relativement fréquente, qui touche presque 1% de la population », indique le Pr Ezzedine.

Près de 60% de repigmentation

Le visage est une région très facile à repigmenter, alors qu'au contraire les mains et les pieds résistent au traitement. Mais globalement, un traitement bien conduit par photothérapie repigmente près de 60 % des personnes atteintes de vitiligo, selon le Pr Ezzedine. « Toutes les lésions peuvent être améliorées, à part les lésions des mains, insiste-t-il. Mais il faut être patient car le traitement est long. Malheureusement, ces traitements sont rarement utilisés, notamment parce que les médecins craignent de favoriser un cancer de la peau. En réalité, les patients atteints d'un vitiligo sont moins exposés au risque de mélanome. Les études génétiques montrent que des gènes associés au vitiligo protègent du mélanome et qu'à l'inverse, des gènes associés aux mélanomes sont protecteurs vis à vis du vitiligo. D'ailleurs, la survenue d'une dépigmentation est un bon signe de réponse aux nouveaux traitements du mélanome».

Pour les lésions anciennes, n'ayant plus de potentiel pigmentaire, selon l'examen à la lampe de Wood, des greffes de mélanocytes peuvent permettre une repigmentation. Mais les indications doivent être rigoureuses : « Les lésions doivent être parfaitement délimitées et ne pas avoir évolué depuis au moins un an, a souligné le Dr Yvon Gauthier. Si les limites sont floues, s'il n'y a pas une achromie franche, mais seulement une hypochromie, l'échec est assuré ».

***D'après la session de FMC : La prise en charge du vitiligo en 2016
L. BENZEKRI, Y. GAUTHIER, J.M. MEURANT - Coordonné par K. EZZEDINE***