



COMMUNIQUÉ DE PRESSE

JOURNÉES DERMATOLOGIQUES DE PARIS LA NOUVELLE ÉDITION 8-12 décembre 2015

Les Journées Dermatologiques de Paris, le rendez-vous annuel en Dermatologie, se tiendront à Paris du 8 au 12 décembre 2015

Un programme scientifique complet pour l'actualisation des connaissances en Dermatologie.

Organisée comme chaque année par la Société Française de Dermatologie, l'édition 2015 des Journées Dermatologiques de Paris innove avec une journée de formation en Dermatologie dédiée aux Médecins généralistes et renforce l'ouverture à l'international en invitant trois représentants de Sociétés de Dermatologie étrangères à présenter les spécificités dermatologiques de leur pays.

Les JDP 2015 voit aussi le renouvellement de ses sessions à succès :

- Deux sessions en lien direct avec l'actualité en Dermatologie
- Une session abordant des thèmes choisis par les participants
- Une demi-journée consacrée à la Dermatologie sur les peaux noires et foncées
- Plusieurs sessions traduites en anglais
- Un forum dédié aux infirmiers/infirmières

... Et toujours, les séances plénières avec des orateurs d'exception, ainsi que les Quoi de neuf du samedi matin.

Au total, vous aurez accès à plus de 100 sessions différentes et une vingtaine de thématiques différentes pour découvrir l'ensemble des innovations et des actualités scientifiques, technologiques et thérapeutiques internationales en Dermatologie.

À noter parmi les principaux thèmes abordés lors des JDP 2015 :

1. L'acné en 2015 et les nouvelles recommandations sur la prise en charge de l'acné

L'acné touche 80 % des adolescents de façon plus ou moins sévère, avec des répercussions sur la qualité de vie qui peuvent être très importantes. Certains traitements ont par ailleurs fait l'objet d'alerte ou d'inquiétude ces dernières années (risque thrombo-embolique lié aux pilules contraceptives, risque psychiatrique et isotrétinoïne, antibiorésistance...). Afin d'actualiser les dernières recommandations de prise en charge qui dataient de 2007, la SFD a travaillé en étroite collaboration avec le CEDEF (*Collège des Enseignants en Dermatologie de France*) et la FFFCDEV (*Fédération Française de Formation Continue et d'Évaluation en Dermatologie-Vénérologie*) et la HAS.

Des outils faciles d'utilisation ont été développés :

- Un algorithme décisionnel clair selon les stades de sévérité de l'acné
- Un texte court reprenant l'essentiel
- Un site dédié <http://reco.dermato-sfd.org/acne> avec un algorithme cliquable

2. Mélanomes, le point en pratique après 5 ans de progrès fulgurants

Outre les progrès thérapeutiques majeurs qui ont révolutionné la prise en charge du mélanome ces 5 dernières années, des avancées ont également été réalisées en matière de prévention avec un dépistage plus ciblé des populations à risque.

Le dépistage de masse est à la fois onéreux et peu efficace. Un dépistage ciblé des populations à risque à savoir les phototypes clairs, les sujets ayant des antécédents personnels ou familiaux de mélanome ou encore les hommes âgés semble préférable. A cet effet une formation des professionnels de santé (médecins généralistes, kinésithérapeutes et infirmières) est envisagée afin de les sensibiliser au repérage de ces sujets à risque pour un dépistage plus efficace.

Dès lors que la lésion est opérable, le traitement de référence du mélanome reste la chirurgie. Dans le mélanome métastatique inopérable, les thérapies ciblées et les immunothérapies constituent les avancées majeures des cinq dernières années.

L'arrivée de ces nouvelles molécules pose la question de la pertinence de traitements séquentiels et soulève toute une problématique autour de l'information, de la qualité de vie et de l'accompagnement des patients dans une maladie qui reste grave, mais devient chronique. Le mélanome étant une maladie très hétérogène, la stratégie thérapeutique doit être adaptée au cas par cas de façon à personnaliser le traitement.

Enfin, l'absence de marqueurs prédictifs de réponse au traitement et le coût très onéreux de ces nouveaux traitements soulèvent des problématiques médico-économiques et indiscutablement des questions de choix de santé publique.

3. IST à *Papilloma virus*, actualités

Les avancées scientifiques récentes tant au plan diagnostique qu'épidémiologique ou thérapeutique vont faire évoluer la prise en charge des infections sexuellement transmises à *Papilloma Virus Humains (HPV)*.

Vers un diagnostic plus performant des lésions précancéreuses

L'utilisation de la biologie moléculaire permet aujourd'hui d'envisager un diagnostic plus performant des pathologies du col de l'utérus jusqu'à présent dépistés essentiellement par frottis. Le diagnostic moléculaire, en plus d'être performant se révèle plus économique que les autres méthodes de dépistage.

La vaccination, un intérêt potentiel au-delà de la simple prévention du cancer du col

Malgré l'abondance de signaux positifs sur la sécurité du vaccin, la polémique autour de la politique vaccinale est toujours de mise avec une couverture vaccinale qui reste, en France, inférieure à 50 %. En dépit de cette faible couverture vaccinale, on observe une décroissance de la survenue des condylomes dans la population cible. Constat encourageant pour cette vaccination disponible depuis une dizaine d'années qui commence à montrer son intérêt au-delà de la seule prévention du cancer du col de l'utérus chez la très jeune femme. La littérature incitant à l'extension de la vaccination aux hommes est déjà abondante.

De nouveaux instruments statistiques pour une meilleure appréciation de l'efficacité réelle des traitements actuellement utilisés

L'arrivée de ces nouvelles techniques statistiques devrait permettre d'affiner leur valeur intrinsèque et leur réelle efficacité. Sans méconnaître l'intérêt plus spécifique de telle ou telle technique dans telle ou telle situation clinique, elles permettront sans doute dans le futur de mieux hiérarchiser ces outils thérapeutiques et de générer des algorithmes facilitant la décision du dermatologue.

4. Psoriasis, une offre thérapeutique croissante nécessitant de structurer la prescription

Nouvelles classes thérapeutiques, nouvelles molécules, avènement des biosimilaires... L'offre thérapeutique grandissante dans le psoriasis va confronter le médecin à une problématique de choix et de hiérarchisation de sa prescription dans un contexte économique complexe.

De nouvelles molécules sur le marché français et des extensions d'AMM en pédiatrie

La classe des anti-IL17 est particulièrement efficace dans le psoriasis permettant désormais à un grand nombre de patients d'obtenir une réponse presque complète (PASI 90), voire un blanchiment des lésions (PASI 100).

L'inhibiteur de PDE4 présente l'avantage d'être administrable par voie orale, d'être très bien toléré et de pouvoir donc être prescrit sans surveillance biologique, mais le niveau d'efficacité est plus faible, voisin de celui du méthotrexate. Sa place dans la stratégie thérapeutique actuelle doit donc être mieux définie compte-tenu du coût engendré.

La tolérance de ces produits, rassurante dans les essais cliniques devra être confirmée en « vraie vie » au moyen de registres post-marketing. Les extensions d'AMM obtenues en pédiatrie permettent désormais l'utilisation de l'adalimumab chez l'enfant de 4 ans et plus et de l'ustékinumab chez l'adolescent de 12 ans et plus.

Biosimilaires ou biothérapies princeps, un choix qui devra être éclairé

L'arrivée prochaine de nombreux biosimilaires va poser le problème du choix entre ces molécules et les molécules princeps. Faudra-t-il les réserver aux initiations ou au contraire encourager les switches ? Les freins à la prescription persistent. L'absence de démonstration de la bioéquivalence et de l'innocuité du switch en cours de traitement pour ces produits dans toutes leurs indications alimente l'idée qu'une modification d'efficacité (gain ou perte) ou de tolérance (immunogénicité) pourrait modifier le rapport bénéfice/risque du biosimilaire par rapport à la molécule princeps. Des recommandations de prescription pourraient permettre de lever l'incertitude du prescripteur autour de ces nouvelles molécules qui devraient permettre une économie de santé indiscutable, leur coût pouvant être de 20 à 40 % inférieur à celui des molécules princeps.

Au delà de la seule atteinte cutanée, élargir la réflexion aux autres composantes de la maladie et aux comorbidités

La population cible atteinte de psoriasis éligible aux biomédicaments est estimée entre 10 000 et 15 000 patients. Cependant, la question de la place respective de toutes ces molécules et des nouvelles molécules à venir dont certaines semblent très prometteuses se pose. L'efficacité, la tolérance et le coût de traitement seront certainement des critères discriminants, mais deux autres axes de réflexion semblent devoir être également pris en considération pour guider le choix thérapeutique :

- l'efficacité sur les différentes composantes de la maladie psoriasique, notamment le rhumatisme psoriasique,
- ou encore l'existence de comorbidités.

La solution résidera peut-être dans le développement de molécules bispécifiques (anti-TNF alpha et anti-IL17). Parallèlement, il existe aujourd'hui toute une réflexion autour de la prise en charge des pathologies associées au psoriasis, notamment la dimension inflammatoire des différentes composantes du syndrome métabolique très souvent observé en association au psoriasis. Des travaux sont cependant nécessaires pour préciser les bénéfices des différentes molécules sur toutes les composantes de la maladie psoriasique considérée par certains comme une maladie systémique.

5. Maladie de Verneuil, une prise en charge multidisciplinaire pour un meilleur contrôle des facteurs de risque et une meilleure indication des traitements.

Bien que considérée comme une maladie orpheline, la maladie de Verneuil ou hidradénite suppurée est fréquente, puisqu'elle touche entre 3 et 4 % de la population française. Longtemps méconnue, les travaux de recherche réalisés depuis quelques années dans ce domaine ont conduit à une meilleure compréhension de sa physiopathologie ainsi qu'à la mise au point de nouvelles possibilités thérapeutiques permettant une structuration progressive de la prise en charge qui doit être encore encouragée et consolidée.

La mise en évidence récente d'une anomalie de la réponse à la sécrétion de peptides antimicrobiens cutanés remet en perspective l'approche physiopathologique de la maladie et offre ainsi de nouvelles pistes de recherche thérapeutique. Plus qu'un « défaut » d'immunité, il s'agirait ainsi davantage d'une réaction excessive avec un recrutement trop important de cellules inflammatoires en réponse à une flore cutanée, banale dans un premier temps, et qui finit par se sélectionner au fil des traitements antibiotiques itératifs.

L'anti-TNF, adalimumab, anticorps monoclonal, a montré son intérêt dans la maladie de Verneuil en diminuant la suppuration et l'abcédation des lésions et en améliorant la qualité de vie des patients après 12 semaines de traitement. Le médicament qui a reçu son AMM devrait être disponible en 2016 en France dans cette indication.

Une structuration de la prise en charge pour une approche multidisciplinaire indispensable

Sans que l'on en comprenne nécessairement toutes les raisons, la maladie de Verneuil touche préférentiellement les sujets obèses et gros fumeurs ; le surpoids et le tabac sont donc des facteurs associés à part entière. On sait aujourd'hui que le contrôle du syndrome métabolique et du poids devient un élément clé de la prise en charge.

Si le traitement de la maladie reste médico-chirurgical, nécessitant une collaboration étroite entre dermatologues et chirurgiens, le meilleur contrôle des facteurs de risque de la maladie passe par une approche multidisciplinaire : facteurs de risque cardiovasculaire, programme nutritionnel, programme d'accompagnement à l'arrêt du tabac, programme d'activité physique, antibiothérapie adaptée à réserver aux poussées...

La création de plateformes ou de centres experts doit être encouragée. Elle permettrait d'optimiser la prise en charge en offrant aux patients, *via* une structure ambulatoire par exemple, l'accès aux différents spécialistes : dermatologues, chirurgiens, plasticiens mais aussi cardiologues, nutritionnistes, diététiciennes, tabacologues...

6. Filière des maladies rares en Dermatologie (FIMARAD), un projet ambitieux pour optimiser la prise en charge des patients de maladies rares et souvent orphelines

Si le 1^{er} plan national des maladies rares (2005-2008) a permis de structurer l'organisation de l'offre de soins pour les maladies rares avec la labellisation de centres de référence regroupant des équipes hospitalo-universitaires hautement spécialisées, le 2^e plan qui court jusqu'en 2016 prévoit maintenant la coordination des acteurs et des structures concernés par ces maladies rares. Vingt trois filières de santé maladies rares ont ainsi été identifiées en 2014 pour répondre aux besoins spécifiques des patients.

La Filière des Maladies Rares en Dermatologie (FIMARAD) regroupe l'ensemble des 7 Centres de référence labellisés par le Ministère depuis 2004. Ces Centres de référence travaillent en réseau avec des Centres de compétence qui globalement regroupent l'ensemble des centres hospitalo-universitaires français et certains hôpitaux non universitaires. Sont également inclus dans la filière, des laboratoires de diagnostic immunologique, d'anatomie pathologique et de génétique, des laboratoires de recherche ainsi que les associations de patients et de famille qui en sont des membres à part entière.

L'objectif de cette filière de santé est de créer un lien entre tous les acteurs pour optimiser et faciliter la prise en charge des patients, dès le diagnostic de sa maladie et tout au long de leur parcours de soins.

Pour répondre à l'appel d'offre de soutien à projets lancé par le Ministère, un plan d'action en trois axes a été déposé en juin dernier se déclinant comme suit :

Axe 1 : Amélioration de l'accès et de la qualité de la prise en charge des patients.

Trois actions ont été proposées :

- Médico-sociale et socio-éducative **afin que les patients soient mieux informés des possibilités médico-sociales de prise en charge**
- Affichage et valorisation des parcours de soins médicaux et paramédicaux
- Homogénéisation et optimisation sur le territoire de la mise en place de programme d'éducation thérapeutique des patients

Axe 2 : Epidémiologie et Recherche avec

- La création d'une base de données commune qui devrait permettre le développement de **programmes de recherche épidémiologique**
- Le développement de **programmes de recherche médicale** au niveau national et international
- Le développement de **programmes de recherche paramédicale**

Axe 3 : Formation/communication qui comprend

- Le développement de programmes de formation destinés aux médecins et au personnel paramédical qui connaissent souvent mal ces maladies rares,
- Un site WEB dynamique de la filière

Améliorer la communication sur ces maladies rares, disposer d'une base de données commune et mettre à disposition des patients un site web régulièrement mis à jour et animé (forum de discussions....) qui sera prochainement ouvert (www.fimarad.org) sont aujourd'hui les priorités de FIMARAD.

7. La peau des greffés d'organe

Le risque de tumeurs cutanées, de complications infectieuses et de dermatoses spécifiques à certaines classes d'immunosuppresseurs, impose un suivi dermatologique annuel du patient greffé ainsi que certaines mesures préventives quand elles sont possibles.

Carcinomes épidermoïdes et carcinomes baso-cellulaires sont les tumeurs les plus fréquentes

L'augmentation du risque de tumeur cutanée - carcinome épidermoïde principalement, mais aussi carcinome baso-cellulaire et mélanome - est la principale complication des traitements immunosuppresseurs au long cours. Ainsi, le risque de développer un carcinome cutané vingt ans après une transplantation rénale, serait de 50 % chez des patients caucasiens vivant en Europe et de 80 % chez des patients australiens. Le délai d'apparition de ces tumeurs est de 7 à 8 ans en moyenne. Les principaux facteurs de risque sont la durée et la puissance de l'immunosuppression, le type d'immunosuppresseur (risque plus élevé avec l'azathioprine et les inhibiteurs de la calcineurine tels le sirolimus et l'everolimus), un phototype clair, l'exposition aux U.V. avant et après la transplantation et une infection cutanée à HPV.

La prévention primaire repose sur une consultation dermatologique AVANT toute transplantation afin de dépister et traiter préalablement toute lésion précancéreuse, et repérer les patients à risque, notamment les phototypes clairs et les antécédents d'exposition solaire.

Après la transplantation, un examen dermatologique annuel est indispensable pour un dépistage et une prise en charge précoces des lésions. Les patients doivent être informés de la nécessité d'une photoprotection rigoureuse (évitement solaire, écran solaire, vêtements couvrants) et d'une auto-surveillance. L'information et la sensibilisation des médecins transplantateurs s'inscrit également dans cette démarche préventive.

La prévention secondaire (prévention de la récurrence après une première tumeur) passe par la diminution de l'immunosuppression et par l'introduction des inhibiteurs de mTOR (sirolimus et everolimus) en remplacement du traitement immunosuppresseur initial.

Le traitement de ces tumeurs cutanées reste classique associant chirurgie et traitement médical mais doit être énergique compte-tenu de leur agressivité.

Les complications infectieuses : biopsie et culture systématiques devant toute lésion atypique
Polyculite (infection du follicule pileux), pyodermite superficielle, dermatophytose et verrues représentent les complications infectieuses les plus fréquentes. Après 7 ans de transplantation, environ 0,5 à 1 % des patients transplantés présentent des verrues multiples et récalcitrantes altérant notablement leur qualité de vie. Devant une lésion atypique, la biopsie doit être systématique avec mise en culture dans tous les milieux à des fins d'identification du germe. La prévention est impossible.

Quelques lésions spécifiques aux immunosuppresseurs

Les immunosuppresseurs favorisent la survenue d'une sécheresse cutanée justifiant l'utilisation d'émollients, de même que la survenue d'acné nécessitant une prise en charge spécifique. L'hyperplasie sébacée se traduisant par des papules sur le visage est également classique et se traite localement. Les éruptions folliculaires et les aphotoses sont spécifiques des inhibiteurs de mTOR. Quelques cas d'alopécie diffuse qui régresse avec le temps, ont été rapportés avec le tacrolimus.

L'ensemble de ces complications justifie une **consultation dermatologique annuelle**, si possible dans une **consultation spécialisée dédiée aux transplantés d'organes**.

8. Troubles pigmentaires, une meilleure compréhension des mécanismes physiopathologiques ouvre des perspectives thérapeutiques enthousiasmantes

Melasma, de nouveaux écrans pour limiter les risques de récurrence

Malgré une bonne protection anti-UVA et UVB, trois quarts des mélasmas récidivent dès les beaux jours. La découverte récente du rôle sur la pigmentation des ondes courtes de la lumière visible, telles que le bleu et le violet, a permis de développer de nouveaux écrans bloquant spécifiquement ces rayonnements et d'améliorer ainsi sensiblement les risques de récurrence. Le premier écran testé cliniquement est un écran teinté associant filtres anti-UVA et anti-UVB à de l'oxyde de fer bloquant ces ondes courtes.

Par ailleurs, il a été démontré tout récemment que l'augmentation de la vascularisation, constatée dans le mélasma comme dans certaines autres pathologies pigmentaires, était capable de stimuler la pigmentation. L'endothéline, sécrétée par les cellules endothéliales de la microvascularisation cutanée, se fixe en effet sur les récepteurs B à l'endothéline situés à la surface des mélanocytes. Dès lors, le blocage de ces récepteurs de l'endothéline ouvre des perspectives thérapeutiques intéressantes dans bon nombre de pathologies pigmentaires dont le mélasma. Des travaux sont actuellement en cours.

Le vitiligo associe une dépigmentation immunitaire et un défaut de différenciation des mélanocytes

La responsabilité de phénomènes immunitaires dans la dépigmentation observée au cours du vitiligo est aujourd'hui confirmée avec la mise en évidence du rôle fondamental de la voie de l'interféron gamma - CXCL10. Des traitements bloquant cette voie sont actuellement en cours d'évaluation dans les vitiligos très évolutifs, les travaux chez l'animal ayant donné des résultats encourageants.

Le tofacitinib, inhibiteur de JAK utilisé pour traiter aux USA la polyarthrite rhumatoïde et qui se trouve en aval de la voie de l'interféron gamma, a donné également des résultats prometteurs avec une repigmentation complète observée après 5 mois de traitement chez un patient résistant aux traitements topiques. Ces résultats très encourageants doivent encore être confirmés mais ils soulignent l'intérêt de cibler cette voie dans le vitiligo.

La dépigmentation auto-immune ne semble toutefois pas être le seul mécanisme impliqué dans la survenue du vitiligo, qui serait également lié à un défaut de différenciation des cellules souches mélanocytaires. L'identification de cette voie ouvre naturellement de nouvelles perspectives de recherche pour stimuler la différenciation des mélanocytes.

9. Dermatoses infectieuses, les parasitoses au cœur de l'actualité

Les parasitoses sont à l'honneur cette année puisque le prix Nobel de médecine 2015 a été attribué à trois médecins pour leurs travaux en parasitologie. Deux d'entre eux ont été récompensés pour leurs travaux sur les avermectines, point de départ du traitement de masse de l'onchocercose, de la filariose lymphatique et de certaines helminthiases. A cette occasion, il faut rappeler l'intérêt de l'ivermectine utilisée dans le traitement de la gale.

Selon les résultats d'une revue générale récente, la prévalence mondiale de la gale varierait de 0,2 % à 71,4 %, avec des foyers en Amérique du Sud et dans la région Pacifique (1). La gale a été ainsi ajoutée en 2013 par l'OMS à la liste des maladies tropicales négligées (www.controlsabies.org). Par ailleurs, en France, selon les résultats de l'étude HYPTEAC (2) réalisée parmi une population de SDF, la prévalence de la gale est de 6,5 % chez les sujets dormant sur des lieux publics et de 0,4 % pour ceux dormant dans des centres d'hébergement.

Considéré comme un traitement de référence à l'étranger, notamment en Europe, depuis de nombreuses années, la perméthrine à 5 % crème est enfin disponible sur le marché français. Indiquée dans le traitement de la gale sarcoptique chez les adultes et les enfants à partir de 2 mois, sa commercialisation intervient dans un contexte de rupture de stock jusqu'alors prolongée de benzoate de benzyle 10 %, mais désormais à nouveau disponible.

Le vaccin dans le zona remboursé depuis le mois de juin 2015

Chez les personnes ayant contracté la varicelle, soit environ 95 % de la population, il existe un risque de l'ordre de 15 à 20 % de réactivation virale sous la forme d'un zona. Si cette réactivation virale est rare chez les jeunes, elle s'observe plus fréquemment à partir de la cinquantaine ou à l'occasion d'une immunodépression et peut être responsable d'algies post-zostériennes invalidantes et parfois prolongées.

Depuis juin 2015, le vaccin utilisant la souche OTA atténuée est remboursé à 30 % dans le zona. Les recommandations vaccinales préconisent 1 dose chez les patients de 65 à 74 ans révolus avec une possibilité de vacciner également les personnes âgées de 75 à 79 ans en 2017. Par ailleurs, selon les résultats d'une étude américaine publiée dans le *New England Journal of Medicine* (3), un nouveau vaccin (recombinant) permettrait désormais une réduction de 51,3 % du risque d'apparition d'un premier zona et de 66,5 % du risque de douleurs post-zostériennes avec une durée de protection de 8 ans.

10. Comment répondre au mieux aux demandes de plus en plus fréquentes de détatouage ?

Selon les données d'une étude américaine, environ 20 % des sujets se faisant tatouer souhaite se faire détatouer dans l'année qui suit. Les demandes de tatouage étant en forte progression depuis quelques années, les demandes de détatouage sont également de plus en plus nombreuses. Utilisé depuis une quinzaine d'années, le Laser reste le traitement standard malgré deux principales limites que sont des durées de traitement longues et des résultats souvent incomplets. L'arrivée d'une nouvelle génération de Laser, le Laser picoseconde, change la donne en diminuant sensiblement le nombre des séances et la durée de traitement tout en améliorant la qualité des résultats.

Répondre de façon satisfaisante à des demandes plus fréquentes nécessite de la part du dermatologue une très bonne information du patient. Il est important de bien lui expliciter les contraintes, les effets secondaires, les résultats attendus et surtout de bien le sensibiliser aux conséquences d'un tatouage AVANT de se faire tatouer.

Pour en savoir plus, consultez le programme des JDP 2015 www.jdp2015.com ou contactez-nous.

Pour vous inscrire, envoyez votre demande à inscription@jdp2015.com ou info@jdp2015.com

Le Dossier de Presse des Journées Dermatologiques de Paris sera à votre disposition durant le congrès ou pourra vous être envoyé sur demande à l'adresse suivante b.roygeffroy@sfdermato.com.

CONTACT PRESSE

Docteur Brigitte Roy-Geffroy
Société Française de Dermatologie
b.roygeffroy@sfdermato.com
01 43 27 01 56

