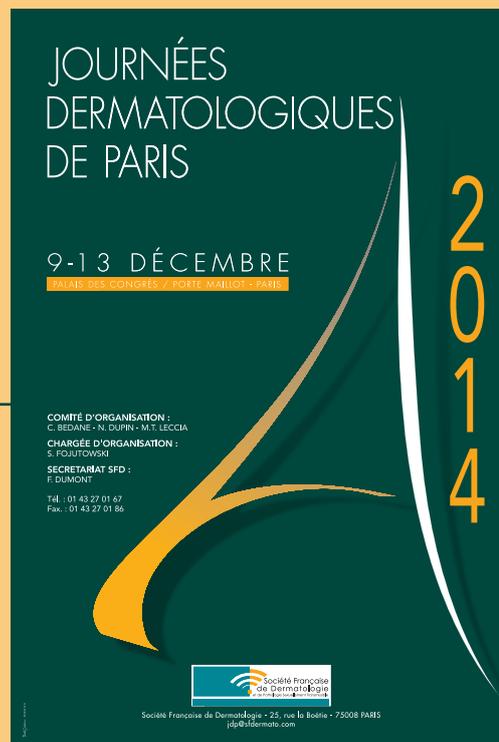


Journées Dermatologiques de Paris

DOSSIER DE PRESSE

ÉDITION 2014



9 - 13 Décembre 2014



Journées Dermatologiques de Paris

La nouvelle édition
9-13 décembre 2014

Les Journées Dermatologiques de Paris, le rendez-vous annuel en Dermatologie, se tiendra à Paris du 9 au 13 décembre 2014.

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

Organisée comme chaque année par la Société Française de Dermatologie, l'édition 2014 des Journées Dermatologiques de Paris comporte plusieurs nouveautés :

- Deux sessions en lien direct avec l'actualité en Dermatologie
 - Une session abordant des thèmes choisis par les participants
 - Une journée consacrée à la Dermatologie sur les peaux noires et foncées
 - Une session « Échanges francophones en Dermatopathologie »
 - Plusieurs sessions traduites en anglais et en espagnol
- ... 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 à 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 2014 :

- Médicaments, comment gérer la pénurie ?
- Cancérologie cutanée, état de l'art en 2014
- Comment gérer les acnés en 2014 ?
- Soleil, prévention et addiction
- Actualités dans le psoriasis en 2014
- Télédermatologie et téléconsultations
- Allergologie et cosmétologie, les nouveaux allergènes
- Dermatologie esthétique, nouveautés en 2014

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 2014

Thème 1	TÉLÉDERMATOLOGIE La télédermatologie, une pratique courante qui nécessite aujourd'hui d'être sécurisée Dr Anne DOMPMARTIN	1
Thème 2	PSORIASIS Actualités 2014 dans le psoriasis Pr Denis JULLIEN	2
Thème 3	ACNÉS Comment gérer les acnés en 2014 ? Pr Brigitte DRÉNO	4
Thème 4	THÉRAPEUTIQUE Traitements médicamenteux, comment gérer la pénurie ? Pr Christophe BÉDANE	6
Thème 5	CANCÉROLOGIE CUTANÉE Cancérologie cutanée, état de l'art en 2014 Pr Laurent MORTIER	8
Thème 6	DERMATOLOGIE ESTHÉTIQUE Dermatologie esthétique, nouveautés en 2014 Dr Thierry MICHAUD	9
Thème 7	DERMATO-ALLERGOLOGIE Allergologie et cosmétologie, les nouveaux allergènes Pr Annick BARBAUD	10
Thème 8	PHOTODERMATOLOGIE Soleil, prévention et addiction Dr Emmanuel MAHÉ	11
	MIEUX CONNAÎTRE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE	13

La télédermatologie, une pratique courante qui nécessite aujourd'hui d'être sécurisée

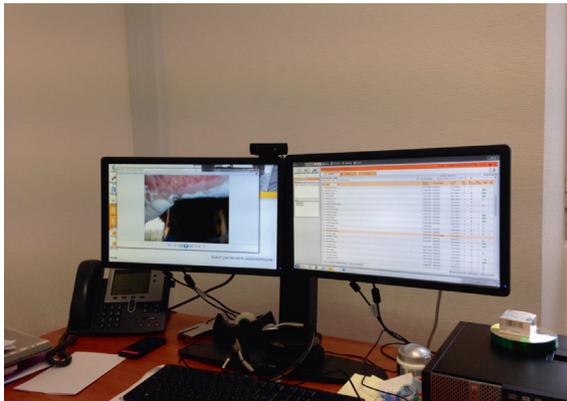
Docteur Anne DOMPMARTIN, Caen

Afin d'établir un état des lieux sur l'application en vie réelle de la télémédecine en dermatologie, la Commission Télémédecine de la Société Française de Dermatologie a réalisé une enquête auprès des dermatologues libéraux et hospitaliers de trois régions (Pays de Loire, Basse-Normandie, Rhône-Alpes). Il leur a été demandé de remplir, sur une période de deux mois, un questionnaire sur les demandes d'avis dermatologiques réalisés à l'aide des nouvelles technologies (e-mail, smartphone, tablette...). Les résultats de cette enquête font apparaître qu'il s'agit d'une pratique courante. Les sollicitations émanent tant de la part des médecins généralistes que des dermatologues libéraux, à la fois pour des avis diagnostiques et thérapeutiques, attestant ainsi d'un réel besoin.

Toutefois, cette pratique, aujourd'hui manifestement développée en raison de sa simplicité et de sa rapidité, ne répond à aucun des critères de sécurité exigés : à savoir authentification du professionnel de santé, confidentialité, hébergement et traçabilité des données...

En effet, la télémédecine en dermatologie ne s'inscrit pour l'heure que dans le cadre de la mise en place de protocoles, limités aujourd'hui au suivi des plaies ainsi qu'au dépistage et au suivi des lésions à risque carcinologique. L'organisation de visioconférences réalisées soit à partir du domicile du patient en présence d'une infirmière, soit au sein de structures de santé (EHPAD, centres de détention, pôles de santé ambulatoire...) permet ainsi, après une consultation initiale, un suivi régulier particulièrement intéressant, notamment chez des patients difficilement mobilisables.

Différents aspects techniques méritent encore d'être affinés comme le choix du support.



Photographie Dr A Domp martin

Les chariots de télémédecine, contenant une caméra et un ordinateur de bonne qualité, sont les outils les plus performants pour la qualité de l'image et pour la possibilité qu'ils offrent de brancher d'autres capteurs. Ils sont utilisés essentiellement au sein de structures médicalisées compte-tenu de leur encombrement. Les smartphones ou les mini-tablettes, dont la qualité d'image reste plus aléatoire, ont en revanche l'avantage d'être extrêmement maniables à domicile.

L'amélioration des logiciels métiers et des logiciels de dermatologie, comme des logiciels de mesure des plaies ou des logiciels de traitement de l'image, reste également à l'étude pour rendre ces pratiques plus performantes.

En conclusion, l'utilisation de ce nouvel outil technologique, qui devrait à l'avenir modifier et faire évoluer un aspect de la pratique en dermatologie, pose toutefois deux questions essentielles qui sont celles de l'évaluation, inscrite obligatoirement dans le temps, et du financement imposant une approche pharmaco-économique solide.

L'ère de la Télédermatologie est en marche, mais pour une application en pratique large fiable et sécurisée pour les patients, des progrès et des améliorations évolutives sont encore à mettre en place.

Actualités 2014 dans le psoriasis

Professeur Denis JULLIEN, *Lyon*

■ **Les anti-IL 17** sont aujourd'hui au cœur de l'actualité dans la prise en charge du psoriasis avec trois molécules dont le développement est très avancé.

■ **Les résultats des études de phase III conduites avec le secukinumab** (NOVARTIS) ont été publiés cet été dans le NEJM. Le produit qui a été évalué aux doses de 150 et 300 mg administrées par voie sous-cutanée une fois par semaine, pendant 5 semaines puis toutes les 4 semaines ensuite, permet d'obtenir de manière rapide et chez un grand nombre de patients, des niveaux de réponse clinique très élevés. Une réduction d'au moins 90 % de la sévérité des lésions cutanées (réponse « PASI 90 ») a été observée après 12 semaines chez plus de 40 % des patients recevant 150 mg et plus de 50 % de ceux recevant 300 mg. Chez ces derniers, la proportion atteignait 70 % après 16 semaines et la plupart maintenaient ce niveau de réponse pendant les 52 semaines de l'étude.



Photo Collection Pr Denis Jullien

■ **Les premiers résultats disponibles pour l'ixekizumab** (LILLY) **et le brodalumab** (AMGEN/ASTRA-ZENECA) montrent des niveaux de réponse de même nature, voir supérieurs chez des proportions semblables de patients. Les anti-TNFa qui sont la principale classe de biothérapie utilisée dans le psoriasis ne permettent d'obtenir ce niveau de réponse que chez un nombre plus limité de patient.

■ **La puissance et la rapidité d'action de ces molécules semblent pouvoir être mises en avant**, permettant un blanchiment rapide des lésions chez une grande proportion de patients. On ne sait si toutes les posologies testées seront retenues, mais les études conduites avec ces molécules suggèrent qu'il existe un effet dose, avec pour les posologies les plus élevées, l'obtention de meilleurs résultats maintenus plus longtemps.

Jusqu'à l'arrivée de cette nouvelle classe de biothérapies, la réponse PASI 75 était considérée comme l'objectif thérapeutique à atteindre. Or, chez les patients recevant ces nouveaux produits la qualité de vie est nettement plus améliorée chez ceux qui obtiennent une réponse PASI 90 que chez ceux qui ont un niveau de réponse inférieur. Dans la mesure où rendre une vie normale au patient est le réel objectif des traitements de l'atteinte cutanée du psoriasis, **la réponse PASI 90 semble, grâce aux anti-IL17, être le nouvel objectif thérapeutique pour les années à venir.**

A l'opposé de ce qui est observé pour la peau, dans le rhumatisme psoriasique, les résultats obtenus avec les anti-IL17 ne semblent pas meilleurs que ceux obtenus avec les anti-TNFa et divergent selon les molécules avec une apparente meilleure efficacité du brodalumab que du secukinumab selon les résultats des études de phase II. La différence de mécanisme d'action pourrait être une explication. Alors que le secukinumab et l'ixekizumab bloquent la cytokine IL-17 A, le brodalumab se fixe sur le récepteur commun aux différents sous-types d'IL-17. Le besoin d'une inhibition plus complète de la voie IL-17 et l'apparente supériorité des anti-TNFa laisse supposer des mécanismes physiopathologiques sensiblement différents entre le psoriasis articulaire et le psoriasis cutané.

■ **La tolérance de ces nouvelles molécules semble à ce stade bonne** avec cependant pour les doses les plus élevées, une majoration du risque infectieux et notamment le développement de candidoses muco-cutanées. Du fait du rôle supposé de l'IL-17 dans la stabilité de la plaque d'athérome, la vigilance porte également sur la tolérance cardio-vasculaire. A ce stade elle semble bonne.

■ **Au sein des biothérapies, de nombreux anti-IL23** ciblant spécifiquement la sous-unité P19 de l'IL23, contrairement aux anti-IL23 disponibles aujourd'hui qui ciblent la sous-unité P40 commune à l'IL-12 et l'IL-23, sont en développement (Tildrakizumab, Guselkumab, AMG139, LY 3074828, BI 655066). Ils semblent capables d'apporter eux aussi un niveau de réponse clinique très élevé.

A côté des biothérapies, de nouvelles molécules administrables par voie orale et parfois topique finissent leur développement dans le psoriasis ou ont même été mises à disposition des patients nord-Américains.

Un inhibiteur de la Phospho-Diestérase de type 4,

l'apremilast (CELGEN), a été approuvé aux USA dans le traitement du psoriasis cutané et du rhumatisme psoriasique. La disponibilité en Europe reste toutefois incertaine car les études ayant permis l'enregistrement aux USA ont été conduites contre placebo sans comparateur actif. Le niveau d'efficacité de cette molécule est faible en comparaison de celle des biothérapies, puisqu'après 4 mois de traitement à 30mg x 2/j seulement 31 % des patients avaient une réponse PASI 75. Dans le rhumatisme psoriasique, les résultats semblent plus intéressants avec 38 % des patients obtenant une réponse ACR20 après 16 semaines. En dehors de troubles digestifs et de céphalées, la tolérance du produit semble bonne.



Photo Collection Pr Denis Jullien

Le tofacitinib (PFIZER), un inhibiteur des kinases JAK1/JAK3, poursuit son développement sous forme topique et orale. Les résultats des études de phase III de la forme orale viennent d'être communiqués (<http://clinicaltrials.gov/ct2/show/results/NCT01241591?sect=X43q780156#oth>). Après 12 semaines, une réponse PASI 75 a été observée chez 39 % des patients recevant 5mg x 2/j et chez 68 % de ceux recevant 10mg x 2/j.

Les données des Registres

Les registres qui suivent au long cours et pour certains à l'échelle d'une population, des patients exposés aux biothérapies en situation de vie réelle (c'est à dire hors des essais cliniques) nous apprennent que **pour tous les produits, le nombre de patients qui poursuivent le traitement décroît au cours du temps et ce, très majoritairement à cause d'une perte d'efficacité**. Les mécanismes impliqués sont mal cernés. La réponse immune du patient qui vient neutraliser le traitement pourrait contribuer en partie à ce phénomène pour certaines molécules.

Ces registres divergent sur la nature de la molécule qui a le meilleur maintien thérapeutique et qui donc, en théorie, a l'efficacité qui dure le plus longtemps. Ces divergences proviennent essentiellement du fait que des ajustement de doses permettant de maintenir la réponse clinique, sont plus fréquemment observés dans certains pays ou avec certaines molécules (et ce, même si elles sortent parfois du cadre de l'AMM).

En France, une étude de cohorte prospective multicentrique incluant plus de 2 600 patients recevant un traitement systémique (biothérapie ou traitements de fond conventionnels) pour un psoriasis cutané modéré à sévère (PSOBIOTEQ) est en cours. PSOBIOTEQ est le résultat de la fusion de deux études :

- PSOBIO, développée par des dermatologues et épidémiologistes académiques afin d'évaluer « en vie réelle » la sécurité et l'efficacité des biothérapies dans le traitement du psoriasis cutané en comparaison avec les thérapies systémiques conventionnelles,
- Pso-TEQ développée par des industriels à la demande de la Commission de transparence / Haute Autorité de Santé, avec un objectif descriptif concernant les modalités d'utilisation des biothérapies en situation réelle et leurs bénéfices à long-terme.

Références bibliographiques

- Tse MT. IL-17 antibodies gain momentum. *Nat Rev Drug Discov.* 2013 Nov;12(11):815-6.
- Leonardi C, et al. Anti-interleukin-17 monoclonal antibody ixekizumab in chronic plaque psoriasis. *N Engl J Med.* 2012 Mar 29;366(13):1190-9.
- Langley RG, et al. Secukinumab in plaque psoriasis--results of two phase 3 trials. *N Engl J Med.* 2014 Jul 24;371(4):326-38.
- T Esposito M, et al. Survival rate of antitumour necrosis factor-treatments for psoriasis in routine dermatological practice: a multicentre observational study. *Br J Dermatol.* 2013 Sep;169(3):666-72.
- Gniadecki R, et al. Comparison of long-term drug survival and safety of biologic agents in patients with psoriasis vulgaris. *Br J Dermatol.* 2014 Aug 16 [Epub ahead of print].
- Mease PJ, et al. Brodalumab, an anti-IL17RA monoclonal antibody, in psoriatic arthritis. *N Engl J Med.* 2014 Jun 12;370(24):2295-306.
- McInnes IB, et al. Efficacy and safety of secukinumab, a fully human anti-interleukin-17A monoclonal antibody, in patients with moderate-to-severe psoriatic arthritis: a 24-week, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase II proof-of-concept trial. *Ann Rheum Dis.* 2014 Feb;73(2):349-56.
- Jullien D, Prinz JC, Nestle FO. Immunogenicity of Biotherapy Used in Psoriasis: The Science Behind the Scenes. *J Invest Dermatol.* 2014 Aug 14 [Epub ahead of print].
- Kavanaugh A, et al. Treatment of psoriatic arthritis in a phase 3 randomised, placebo-controlled trial with apremilast, an oral phosphodiesterase 4 inhibitor. *Ann Rheum Dis.* 2014 Jun;73(6):1020-6.

Comment gérer les acnés en 2014 ?

Professeuse Brigitte DRÉNO, Nantes

■ **Une meilleure connaissance des mécanismes physiopathologiques des acnés**, notamment du rôle des trois acteurs principaux que sont les **glandes sébacées, Propionibacterium Acnes et les kératinocytes**, ouvre aujourd'hui de nouvelles perspectives de recherche dans la prise en charge de cette pathologie.

On sait aujourd'hui que la **régulation de la sécrétion des glandes sébacées** est sous la dépendance non seulement de **récepteurs androgéniques**, mais également **d'autres récepteurs aux neuromédiateurs** (substance P, endorphines), ce qui permet de bien établir le lien entre stress et acné, ainsi que **des récepteurs à l'IGF (Insulin-like Growth Factor)** sous-tendant ainsi le lien entre acné et aliments sucrés. Leur implication est susceptible d'expliquer les différentes formes cliniques d'acné rencontrées à l'adolescence ou chez l'adulte, et dont les mécanismes physiopathologiques sont sensiblement différents.

■ **Une forme d'acné de la femme** est ainsi liée à une hyperandrogénie périphérique expliquée par une **hypersensibilité**



Photographie Pr B. Dréno

des récepteurs aux androgènes situés sur les kératinocytes et les sébocytes cutanés. La recherche de mutations de ces récepteurs est une piste de travail actuelle. Au plan clinique, une meilleure définition de cette forme caractérisée par une localisation mandibulaire secondaire à une hyperandrogénie périphérique, permet d'envisager une stratégie de prise en charge thérapeutique différente.

■ **Le rôle de Propionibacterium Acnes est aujourd'hui mieux connu.** Cette bactérie anaérobie saprophyte, se nourrissant d'acide gras libres retrouvés dans le sébum, est capable de stimuler très fortement l'immunité innée de la peau et donc de favoriser l'inflammation. Il en existe différents sous-types (ou phylotypes) aux caractéristiques plus ou moins pro-inflammatoires, et la sévérité de l'acné serait ainsi davantage liée au sous-type de bactéries présent qu'à sa prolifération. **Le développement d'une bactério-résistance** aux macrolides, qui avoisine désormais les 60 %, pose de nouveaux problèmes thérapeutiques. Il est constaté ainsi, chez des patients traités depuis l'adolescence par des cures itératives d'antibiothérapie locale, des taux de résistance de l'ordre de 90 %.

■ **De nouveaux diagnostics différentiels doivent être envisagés**, comme les folliculites induites par les thérapies ciblées prescrites dans la prise en charge des mélanomes et des carcinomes cutanés. Caractérisées par des papulo-pustules sans comédon associé, elles sont considérées à tort comme de l'acné et ainsi à l'origine de bon nombre d'erreurs diagnostiques et de prise en charge.

Des avancées thérapeutiques modestes

Bien que l'acné soit l'une des plus fréquentes des maladies cutanées, les avancées thérapeutiques de ces trente dernières années sont restées modestes, probablement en raison d'une **insuffisance de compréhension de ses aspects physiopathologiques**.

Les nouveautés sont essentiellement représentées par l'avènement des combinaisons fixes associant un rétinoïde (adapalène) et le peroxyde de benzoyle, et associant un rétinoïde à de l'érythromycine. Leur avantage est d'agir à la fois sur les lésions inflammatoires et rétentionnelles de l'acné, tout en améliorant l'observance du traitement dont on connaît le faible niveau dans cette pathologie, un patient sur deux seulement étant observant.

L'usage des antibiotiques topiques doit être restreint aux cas de contre-indication au peroxyde de benzoyle qui doit leur être préféré en raison de son efficacité équivalente et de l'absence d'induction de résistance.

L'utilisation des antibiotiques systémiques doit rester limitée avec des durées de prescription inférieures à 4 mois, sans jamais être associés aux formes topiques en raison du risque accru de résistance.

■ **Une attention particulière doit être portée aux produits dermo-cosmétiques.** L'emploi de savons, crèmes hydratantes et produits maquillants ou démaquillants inadaptés est responsable de 20 % d'échec. Il est essentiel d'utiliser des produits nettoyants, comme les pains dermatologiques, respectant le pH cutané à 5 et d'éviter l'application de crèmes hydratantes comédogènes. Attention aux huiles essentielles qui stimulent les glandes sébacées, et aux produits issus de la cosméto-bio à base d'orange, de raisin, de figue qui stimulent l'immunité innée et sont pigmentogènes en cas d'exposition solaire.

Rappelons que les médicaments doivent être appliqués le soir et que la barrière cutanée doit être recréée le matin afin de laisser l'immunité innée au repos et de permettre la reconstitution de la flore cutanée.

■ **Enfin, le retentissement psychologique de l'acné doit être bien évalué**, en particulier à l'adolescence où elle peut précipiter ou majorer un syndrome dépressif sous-jacent.



Photographie Pr B. Dréno

Une actualisation des recommandations de prise en charge de l'acné par la Société Française de Dermatologie est en cours de réalisation et devrait être disponible en 2015.

Acné et contraception

Diane 35 reste avant tout un traitement de l'acné d'efficacité modérée, même si une efficacité contraceptive lui est reconnue.

Les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations restent les pilules de choix en cas d'acné, tandis que les pilules de 1^{ère} et 2^{ème} générations en majorent le risque. Le débat autour de l'augmentation du risque thrombo-embolique reste ouvert.

L'implant cutané à l'étonogestrel ainsi que les SIU (*Système Intra-Utérin*) au lévonorgestrel (stérilet diffusant un progestatif en continu) favorisent l'apparition de lésions d'acné car le progestatif est fortement métabolisé en androgène et donc à risque d'hyperandrogénie périphérique.

Références bibliographiques

- Poli F, Faye O, Ly F, Le Thuaud A. [Acne in adult female patients: A comparative study in France and sub-Saharan Africa]. *Ann Dermatol Venereol*. 2014 May;141(5):336-45.
- Dréno B, Thiboutot D, Layton AM, Berson D, Perez M, Kang S; the Global Alliance to Improve Outcomes in Acne. Large-scale international study enhances understanding of an emerging acne population: adult females. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2014 Oct 8. doi: 10.1111/jdv.12757.
- Beylot C, Auffret N, Poli F, Claudel JP, Leccia MT, Del Giudice P, Dreno B. Propionibacterium acnes: an update on its role in the pathogenesis of acne. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2014 Mar;28(3):271-8.

Traitements médicamenteux, comment gérer la pénurie ?

Pr Christophe BÉDANE, *Limoges*

Selon les données de l'ANSM au 30 octobre 2014, plus de 200 dossiers de rupture de produits et près de 550 ruptures d'approvisionnement sont répertoriés. Les explications sont multifactorielles associant des difficultés industrielles, réglementaires, conjoncturelles et environnementales.

Comment expliquer la pénurie de certains médicaments ?



La complexité des circuits de fabrication avec la délocalisation des sites de production des principes actifs, situés désormais majoritairement en Chine et en Inde, est source d'une moindre réactivité. **L'optimisation de la rentabilité économique des sites de production**, qui tournent à leur capacité maximale en permanence, empêche toute adaptation possible de l'offre à la demande en cas de nécessité. Parallèlement, la demande mondiale de médicaments, liée notamment à l'amélioration des systèmes de soins des pays émergents, augmente de 5 % par an, se trouvant ainsi confrontée à la saturation des structures de production.

Le **manque d'harmonisation des conditionnements**, réalisés pour la plupart en Europe, auquel s'ajoute une **complexification de la réglementation internationale** concernant notamment l'étiquetage des médicaments, sont d'autres facteurs limitants.

Des raisons purement économiques peuvent également être évoquées. La course aux prix bas et aux génériques va souvent de pair avec une perte du savoir-faire, tandis que certaines molécules, comme la nitromycine par exemple, risquent de disparaître en raison d'une rentabilité insuffisante.

Enfin, certaines catastrophes naturelles peuvent aussi être à l'origine d'une pénurie de matière première, à l'image de la catastrophe de Fukushima responsable de l'irradiation des saumons nécessaires à la fabrication de certains médicaments comme le sulfate de protamine.

La dermatologie n'échappe pas à cette problématique globale. Ainsi, la pénurie d'ASCABIOL® utilisé dans le traitement de la gale, est liée à l'arrêt de l'unique production par l'Inde du sulfiram, qui entre dans la composition de la formule française du produit. Il en est de même pour les tétracyclines très utilisées dans le traitement de l'acné et dont l'unique site de production asiatique de doxycycline ne peut répondre à la demande mondiale, entraînant des difficultés importantes d'approvisionnement.

D'autres molécules devenues très peu rentables, comme la thalidomide utilisée dans certaines formes résistantes de lupus, ou bien la disulone utile pour limiter l'usage des corticoïdes dans le traitement de certaines vascularites, sont exposées à un risque de disparition prochaine.

Comment lutter et prévenir ?

Pour faire face à ces pénuries, **l'ANSM autorise l'importation de produits étrangers.**

L'EXTENCILLINE®, pénicilline retard dont la commercialisation a été arrêtée en France, est ainsi importée d'Italie, mais son utilisation est plus complexe. Ces médicaments importés ne sont dispensés qu'au sein des pharmacies hospitalières obligeant donc les patients à venir s'approvisionner à l'hôpital.

En ce qui concerne l'EXTENCILLINE®, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a tout récemment délivré au laboratoire Sandoz une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour une spécialité à base de benzathine benzylpénicilline (sous différents dosages).

THÉRAPEUTIQUE

L'Académie de Pharmacie a imaginé rapatrier certaines matières premières stratégiques en Europe, ce qui semble peu réalisable en pratique dans le contexte actuel de mondialisation.

Le Ministère de la Santé préconise de limiter l'exportation des médicaments indispensables, ce qui concerne peu de molécules en France.

Dans le traitement de la gale, des alternatives thérapeutiques à l'ASCABIOL® sont proposées comme l'ANTISCABIOSUM Enfants® issu de l'AMM Allemande (mais ne correspond pas aux données actuelles de la science et à l'expérience clinique) ou le SPREGAL®, mais leur efficacité semble moindre et l'application sous forme de spray reste limitée chez le petit enfant ou les sujets présentant des difficultés respiratoires. Un gel de perméthrine à 5 %, autorisé seulement dans certains pays européens pour l'instant, devrait être commercialisé en France début 2015.

Pour faire face à la rupture de stock maintenant ancienne de la caryolysine, antimitotique local utilisé dans le traitement des lymphomes cutanés, le VALCLOR® (gel de chlorméthine) est disponible en ATU (*Autorisation Temporaire d'Utilisation*) depuis quelques semaines en France, de même que le MUSTARGEN (méchloréthamine) importé depuis les US mais en probable prochaine rupture de stock. L'absence de solution pérenne en remplacement de la caryolysine oblige un passage plus rapide à des chimiothérapies par voie générale ou à l'utilisation de corticoïdes, ce qui est regrettable.

La pénurie de médicaments pose aujourd'hui un grave problème de santé publique dont les conséquences peuvent être majeures dans certains cas. L'absence de solution satisfaisante soulève la nécessité d'une réflexion internationale pour résoudre de façon durable ce dramatique problème.

Cancérologie cutanée, état de l'art en 2014

Professeur Laurent MORTIER, Lille

Les thérapies ciblées et l'immunothérapie continuent de révolutionner la prise en charge du mélanome évolué, tandis que la prévention du carcinome épidermoïde devrait être améliorée par une meilleure prise en charge des kératoses actiniques.

■ La prise en charge du mélanome en pleine effervescence

Thérapies ciblées ou immunothérapie, les nouvelles molécules donnent des résultats prometteurs dans la prise en charge du mélanome.

■ L'intérêt de l'ipilimumab en adjuvant limité par une toxicité importante

Un essai de phase III, mené par l'EORTC (*European Organisation for Research and Treatment of Cancer*) a évalué l'intérêt de l'ipilimumab en situation adjuvante dans les mélanomes aux stades IIIA, IIIB et IIIC. Si la survie sans récurrence médiane s'est avérée significativement supérieure dans le groupe ipilimumab par rapport au groupe placebo (26,1 mois vs 17,1 mois), la toxicité importante de l'ipilimumab (40 % de toxicité de grade 3 ou 4) reste un facteur limitant. Les données sur la survie globale devraient être disponibles dans un deuxième temps et permettront de confirmer ou non l'intérêt de cette molécule en traitement adjuvant. Cependant la toxicité de cette stratégie demeure un frein majeur à l'utilisation de l'ipilimumab en adjuvant tout au moins à la dose de 10mg/kg... A suivre....

■ Immunothérapie, les anti-PD1 sous les feux de la rampe

Avec des taux de réponse globale de l'ordre de 30 à 40 %, les données d'efficacité des inhibiteurs de PD1 (*programmed cell death protein 1*) communiquées à l'ASCO en juin dernier et confirmées plus récemment à l'ESMO, ont abouti à l'obtention d'une ATU (*Autorisation Temporaire d'Utilisation*) pour les deux molécules actuellement disponibles, le pembrolizumab et le nivolumab en attendant leurs prochaines AMM. Ces ATU sont limitées pour l'instant aux patients préalablement traités par ipilimumab. Suite aux limitations d'accès à l'ipilimumab pour les malades présentant une mutation B-RAF, il existe une difficulté d'accès aux anti-PD1 pour les patients porteurs de la mutation B-RAF. La toxicité de grade 3 et 4 de ces molécules est de l'ordre de 12 %.

■ Les associations de thérapies ciblées anti-RAF/anti-MEK supérieures à la monothérapie

Les deux associations anti-RAF/anti-MEK testées, dabrafénib/tramétinib (GSK) et vémurafénib/GDC-0973 (ROCHE) donnent des taux de réponse supérieurs à la monothérapie avec des durées de réponse plus longues. Suite à ces résultats, des ATU devraient prochainement voir le jour...

Beaucoup d'armes thérapeutiques sont donc apparues dans la prise en charge du mélanome et le nouveau challenge pour ces prochaines années sera certainement d'affiner la stratégie de traitement en précisant les associations et les séquences d'utilisation des différentes molécules.

■ Carcinome baso-cellulaire, le vismodégib testé en néo-adjuvant

Le vismodégib commercialisé sous le nom d'ERIVEDGE® dans la prise en charge des carcinomes baso-cellulaires pour lesquels ni la chirurgie, ni la radiothérapie ne sont appropriées, reste toujours en attente de prix. Un essai français (*Groupe de Cancérologie Cutané de la Société Française de Dermatologie*) vient de commencer et évalue actuellement la molécule en néo-adjuvant dans les carcinomes baso-cellulaires du visage, avec l'espoir d'une réduction tumorale suffisante pour permettre une chirurgie moins mutilante.

■ Kératose actinique, une durée de traitement plus courte avec le mébutate d'ingénol

Malgré un risque d'évolution vers un carcinome invasif faible, la quasi totalité des carcinomes épidermoïdes se développent à partir de kératoses actiniques. Ces dernières doivent donc être prises en charge pour prévenir la survenue d'un carcinome épidermoïde. L'arrivée d'un nouveau traitement local, le mébutate d'ingénol (PICATO®) permettant de raccourcir à deux voire trois jours la durée du traitement, devrait améliorer l'observance des patients et ainsi la prévention du carcinome épidermoïde.

Dermatologie esthétique, nouveautés en 2014

Dr Thierry MICHAUD, *Mulhouse*

La fin du clonage esthétique

En esthétique, la tendance actuelle est indiscutablement celle d'une prise en charge globale du vieillissement facial nécessitant **la mise en place de plans de traitement personnalisés**. Loin d'appliquer des traitements stéréotypés qui aboutiraient à un « clonage esthétique », l'idée est aujourd'hui de proposer une approche personnalisée **respectant l'harmonie et la dynamique faciales**, conservant ainsi le langage facial émotionnel et **permettant de retrouver le « visage de référence »** en gommant les expressions négatives liées au vieillissement. Cette approche personnalisée assez spécifique à notre culture (« *French Touch* ») est possible en associant l'ensemble des techniques à notre disposition : injections de produits de comblement et de toxine botulinique, lasers et techniques apparentées comme la radiofréquence ou les ultrasons focalisés, peelings, cosmétologie active.

Des femmes de plus en plus jeunes

L'âge d'entrée dans l'esthétique est devenu beaucoup plus précoce; les femmes recherchent un aspect préventif de certains traitements, notamment avec la toxine botulique, permettant de retarder l'apparition du vieillissement facial. Les techniques de rajeunissement sont maintenant largement connues et diffusées dans la presse féminine au point d'être banalisées et d'être entrées dans les mœurs et les habitudes des jeunes femmes. Très attachées à la recherche d'une belle qualité de peau, les femmes font assez facilement appel, dès leur plus jeune âge, aux techniques de peeling et à l'utilisation de produits de cosmétologie active.

La cosmétologie active, pour agir en profondeur sur le métabolisme cellulaire

La cosmétologie active propose des produits de cosmétique ayant des vertus thérapeutiques ou préventives sur le vieillissement en agissant sur le métabolisme cellulaire. Ces produits font souvent l'objet d'études fondamentales démontrant le bien fondé de leur utilisation. Depuis quelques années, **toute une gamme de produits s'est développée intervenant de façon ciblée sur des points métaboliques précis du vieillissement cutané ou des mécanismes de réparation cellulaire**. Parmi ces produits, citons l'acide hyaluronique, la vitamine A et ses dérivés, les vitamines B3, C et E, les acides de fruits, les glycanes...

Une large gamme d'acide hyaluronique pour répondre aux différentes demandes

Il existe aujourd'hui une **large gamme de produits de comblement**, notamment d'acides hyaluroniques de viscosités différentes **permettant de répondre aux différentes demandes des femmes** : volumétrie des tempes, du tiers moyen du visage ou du front, traitement des cernes, des lèvres ou de la région péri-buccale, revitalisation cutanée (« *skinboosters* »). La diversification des gammes d'acides hyaluroniques permet de s'adapter à chaque région anatomique et leur rhéologie de corriger les défauts liés au vieillissement avec le maximum de naturel tant en statique qu'en dynamique.



Avant traitement

Après traitement

Sourire avant traitement

Sourire après traitement

Traitement global du visage par la toxine botulinique et les acides hyaluroniques avant traitement et après.

A J 15 on observe la correction des expressions négatives au repos et le maintien des expressions faciales émotionnelles avec le naturel du résultat (coll. Thierry Michaud).

Références bibliographiques

- Michaud T, Gassia V, Belhaouari L. La dynamique faciale et les expressions faciales émotionnelles : intérêt dans le traitement du vieillissement du visage. Réalités thérapeutiques en dermato-vénéréologie. Dermatologie esthétique 2014 ; n°4 : 7-20
- Michaud T. Pour en finir avec le clonage esthétique. Réalités Thérapeutiques en Dermato-Vénérologie 231/Mars 2014/Cahier 2/Dermatologie Esthétique

Allergologie et cosmétologie, les nouveaux allergènes

Pr Annick BARBAUD, Nancy

■ La méthylisothiazolinone pointée du doigt

La méthylisothiazolinone (MIT) est un conservateur retrouvé dans de nombreux produits cosmétiques ou d'hygiène (crèmes, lait démaquillant, produits nettoyants, gel douche, shampoing, lingettes pour bébé...), mais aussi dans des produits ménagers courants (liquide vaisselle, nettoyants de surface, produits d'entretien du cuir) et des produits professionnels (peintures à l'eau, mastics, enduits et certains produits d'encollage pour sols). Compte-tenu du caractère très ubiquitaire de cet allergène et des réactions allergiques croisées avec d'autres composés de la famille des isothiazolinones, la sensibilisation à ce produit *via* l'utilisation cosmétique dans un premier temps, peut donc entraîner des conséquences à long terme au quotidien.

Depuis 3 ans, en France comme en Europe, de nombreuses publications ont mis en lumière une augmentation alarmante des cas de sensibilisation à ce produit. Une étude multicentrique française du REVIDAL-GERDA (*Réseau de Vigilance en Dermatologie Allergologie rattaché au Groupe d'Etude et de Recherche en Dermatologie-Allergologie*) réalisée auprès de 7 874 patients a mis en évidence que le nombre de patients sensibilisés à la MIT a plus que triplé en 3 ans, passant de 1,5 % en 2010 à 3,3 % en 2011 et 5,6 % en 2012 ($p < 0,001$).

Bien que des recommandations européennes préconisent la suppression de la MIT dans les produits cosmétiques sans rinçage et l'utilisation à des concentrations inférieures à 15 ppm dans les produits rincés, il n'existe aujourd'hui aucune législation en vigueur limitant l'utilisation de ce produit. Il paraît donc important d'attirer la vigilance du consommateur sur la nécessité de vérifier l'absence de méthylisothiazolinone dans la composition des produits cosmétiques ou d'hygiène qu'il utilise. Le repérage de la MIT dans les produits ménagers ou industriels est plus difficile, les fabricants n'étant pas tenus de préciser leur composition.

L'exposition aéroportée aux isothiazolinones est à l'origine de présentations cliniques très variées touchant tant des travailleurs (bâtiment, textile, papier, métallurgie) que des particuliers. Il peut s'agir d'allergies de contact du visage ou des mains, d'eczémas des parties découvertes, mais également de dermatites généralisées ou d'asthme.

Une attention toute particulière doit être portée sur le risque de sensibilisation de très jeunes enfants avec l'utilisation de lingettes nettoyantes dont l'utilisation quotidienne doit être déconseillée. Le port des couches favorise en effet la macération de ces produits non rincés sur une peau très fine à cet âge, majorant encore les risques de sensibilisation et exposant l'enfant à la survenue d'un eczéma du visage ou du siège avec de possibles réactivations lors d'expositions ultérieures à la MIT.

D'autres cas de sensibilisation ont également été rapportés avec de nouveaux conservateurs contenus dans des produits d'hygiène ou de cosmétiques tels que l'héxaméthylène biguanide (PAPB ou PHMB ou polyhexanide).

Malgré les alertes des experts des sociétés savantes et les directives et recommandations européennes visant à interdire ou à réduire leur utilisation et leur concentration, certains allergènes – certains parabens, colorants, méthylisothiazolinone (MIT)... sont encore présents dans de nombreux produits d'usage courant.

La Société Française de Dermatologie souhaite qu'une vraie démarche préventive du risque d'allergies de contact soit mise en place, associant les Autorités administratives, les institutionnels et les professionnels de santé, permettant d'identifier et d'écartier les molécules à risque.

Références bibliographiques

- Hosteing S, Meyer N, Waton J. et coll. Outbreak of contact sensitization to methylisothiazolinone: an analysis of French data from the REVIDAL-GERDA network Contact Dermatis. Vol 70. Issue 5. 19 mars 2014.

Soleil, prévention et addiction

Dr Emmanuel MAHÉ, *Argenteuil*

L'exposition solaire reste un facteur de risque majeur des cancers cutanés et la protection solaire vivement conseillée, s'articulant autour de mesures assez simples aujourd'hui bien connues (Cf. encadré 1).

De la difficulté de mesurer l'impact des campagnes de prévention solaire



Même si la prévention solaire n'a jamais fait la preuve absolue de son efficacité sur la réduction de l'incidence des mélanomes, ce qui aurait nécessité des études longitudinales sur 20 ou 30 ans incluant plusieurs millions de personnes, tous les résultats des campagnes de prévention réalisées en Australie montrent une réduction de la prévalence des mélanomes à 20 ou 30 ans.

En France, l'impact des différentes campagnes de prévention menées depuis plusieurs années dans les écoles, tant par l'INPES qui met à disposition des documents, que par l'Association Sécurité Solaire ou par des industriels de la cosmétologie solaire n'a jamais été évalué. D'autres initiatives régionales réalisées en Franche-Comté via la médecine du travail ou dans le Sud-Ouest de la France avec les surfeurs souffrent du même écueil.

L'étude « Têtes Brûlées », réalisée il y a 5 ans par l'équipe de l'hôpital Ambroise Paré dans une cinquantaine d'écoles, a montré l'absence d'impact sur le nombre de naevus et le comportement vis-à-vis du soleil à 2 ans, d'une formation ponctuelle axée sur la prévention solaire.

D'autres travaux réalisés dans différents pays européens ont abouti au même constat.

Aujourd'hui, il n'existe pas de réflexion globale sur ce sujet qui ne représenterait pas un enjeu majeur de santé public dans notre pays, le nombre annuel de décès par mélanome se situant aux environs de 1 500.

Aujourd'hui, l'addiction solaire reste un phénomène marginal en France

L'attrait pour l'exposition solaire rencontré chez bon nombre de patients et relevant avant tout d'un phénomène socioculturel, doit être bien différencié de l'addiction solaire, véritable maladie, qui reste rare en France, mais toucherait 10 % des jeunes Américains adeptes des « spring breaks ».

L'addiction au sens large, qui inclut les addictions aux toxiques (alcool, tabac, drogues), mais aussi les addictions comportementales, a été définie par le psychiatre anglais Ariel Goodman, en 1990 comme « un processus par lequel un comportement, pouvant permettre une production de plaisir et d'écarter ou atténuer une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de sa connaissance des conséquences négatives ». L'addiction solaire correspond donc à une « envie irrésistible de s'exposer au soleil ». Le besoin de bronzer initial se transforme progressivement en un besoin irrésistible d'exposition solaire, avec un comportement quotidien conditionné par le contact aux ultraviolets du matin au soir avec des répercussions personnelles, familiales et professionnelles. Le besoin psychologique se transforme progressivement en un besoin physique, et « chimique ».

Il s'agit moins d'une addiction solaire que d'une addiction aux ultraviolets. Physiologiquement relaxants, les ultraviolets seraient en effet responsables de la sécrétion d'endorphines à l'origine de la dépendance. Différentes expériences ont montré que, comparativement à des consommateurs irréguliers de cabines de bronzage, seuls les « addictes » font la différence entre une lumière blanche associée aux ultraviolets et une lumière blanche sans ultraviolets. En outre, chez ces patients, l'injection d'antagonistes des morphiniques est responsable de réels syndromes de sevrage.

Des critères diagnostiques simples reposant sur 4 questions ont été proposés par des auteurs anglo-saxons (grille CAGE modifiée ou mCAGE) (Cf. encadré 2). Si le patient répond positivement à au moins 2 des 4 questions le diagnostic d'addiction solaire pourrait être retenu. Cette grille, étudiée sur les étudiants américains lors du traditionnel et festif « spring break » n'a toutefois pas été validée en France, ni dans une population à faible prévalence d'« addictes » solaires ou en population générale.

A ce jour, les modalités de prise en charge de ces patients se réfèrent à la prise en charge des autres addictions comportementales, faisant appel à un soutien psychiatrique éventuellement associé à une aide médicamenteuse (anxiolytiques). L'utilisation de technique de bronzage artificiel (douches autobronzantes par exemple) peut être un outil utile dans un premier temps. **Si la fréquence en France semble pour l'instant anecdotique, la disponibilité croissante de centres de bronzage peut faire craindre une épidémie dans les décennies à venir.**

Les mesures simples de protection solaire

Bien utiliser son écran solaire

- ✓ Un indice 30 suffit dans la très grande majorité des cas
- ✓ Application AVANT l'exposition solaire, sur la TOTALITE des parties exposées
- ✓ RENOUELER l'application toutes les 2 heures environ

Se méfier des nuages

Il a été montré que jusqu'à une couverture nuageuse de 75 % le risque était le même.

Plus que de la chaleur, tenir compte de l'angle solaire

Les UV sont indépendants de la chaleur ressentie, liée avant tout aux rayons infra-rouges et à la chaleur emmagasinée dans le sol. Le risque d'exposition est ainsi maximal le 20 juin et non en plein mois d'août.

« Tordre le coup » aux fausses idées

- ✓ Les coups de soleil ne favorisent pas le bronzage
- ✓ Les auto-bronzants et les produits à base de carotène ne constituent en aucune manière une prévention efficace du risque solaire
- ✓ Il est inutile de s'exposer massivement au soleil pour favoriser la synthèse de vitamine D ; une exposition quotidienne d'une demi-heure des avant-bras et des jambes est largement suffisante pour constituer ses stocks en vitamine D.

Les cabines de bronzage ne favorisent pas la synthèse de vitamine D

La synthèse de vitamine D nécessite des UV B, alors que les cabines de bronzage privilégient les UV A pour leur action sur le bronzage. L'intérêt des cabines de bronzage sur la prévention de l'ostéoporose n'a d'ailleurs jamais été démontré.

Grille mCAGE d'addiction solaire

Avec au moins 2 réponses positives, le diagnostic d'addiction solaire pourrait être retenu.

- Est-il difficile pour vous de diminuer votre activité de bronzage ?
- Vous sentez-vous agacé lorsque l'on vous reproche votre activité de bronzage ?
- Vous sentez-vous coupable lorsque vous réalisez ce comportement de façon excessive ?
- Est-ce la première chose à laquelle vous pensez le matin en vous réveillant ?

Référence bibliographique

- Petit A. Bronzage et addiction. Annales de Dermatologie et Vénérologie 2012 ; 139 : 87-90

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 administrée par un Conseil d'Administration comprenant des 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.

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).

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, les actions de santé publique, de prévention et d'épidémiologie et l'élaboration de recommandations professionnelles sont l'expression de cette volonté.

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.

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.

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 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.

Les sites internet de la SFD



Le site professionnel de la SFD vous permet d'accéder gratuitement de façon privilégiée si vous êtes membre, à toutes les informations concernant les activités menées par la SFD, au contenu des événements et à l'actualité en dermatologie, y compris internationale (JAMA, JAAD, BJD). La SFD vous offre ainsi une information scientifique de référence adaptée à la pratique en dermatologie. 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 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

Bureau de la SFD

Pr Olivier CHOSIDOW : Président

Prs Marie BEYLOT-BARRY, Michel d'INCAN, Dr Patricia SENET : Vice-présidents

Pr Marie-Aleth RICHARD : Secrétaire Générale

Dr Jean-François SEÏ : Trésorier

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

www.sfdermato.com

www.dermato-info.fr

JOURNEES DE DERMATOLOGIE INTERVENTIONNELLE DE PARIS

CHIRURGIE, LASER, DERMATOLOGIE ESTHÉTIQUE ET CORRECTRICE

2 - 3 juillet 2015

Centre des Congrès de la Villette – Paris



JDIP 2015

CHIRURGIE - LASER - DERMATOLOGIE ESTHÉTIQUE ET CORRECTRICE

Thèmes Principaux

- Lasers ablatifs : du médical à l'esthétique
- Le rajeunissement du regard
- Le rajeunissement facial :
ce qu'il ne faut plus voir en 2015 et pourquoi ?
- Comment opérer sereinement
et en toute sécurité au cabinet
- Les tumeurs des lèvres

www.jdip2015.com

Président des Journées

Pierre THOMAS (Lille)

Comité d'Organisation

Claire BEYLOT (Bordeaux)

Marie-Aleth RICHARD (Marseille)

Hugues CARTIER (Arras)

Patrick GUILLOT (Bordeaux)

Thierry MICHAUD (Mulhouse)

Contact presse

Dr Brigitte Roy-Geffroy

Société Française de Dermatologie

b.roygeffroy@sfdermato.com

06 80 21 08 03 - 01 43 27 01 66

www.sfdermato.com

Contact Organisation

info@jdip2015.com

Tél : 01 53 85 82 76