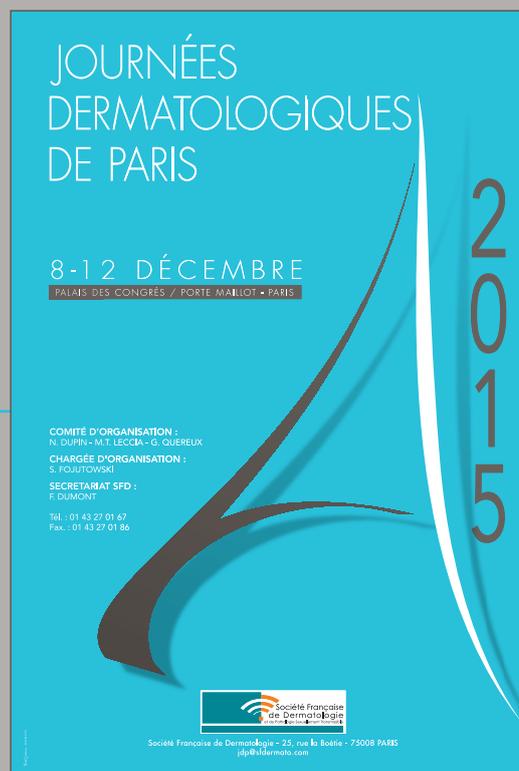


# Journées Dermatologiques de Paris

## DOSSIER DE PRESSE

ÉDITION 2015



8 - 12 Décembre 2015



# Journées Dermatologiques de Paris

La nouvelle édition  
8-12 décembre 2015

**Votre rendez-vous annuel en Dermatologie - les Journées Dermatologiques de Paris, se tiendront cette année du 8 au 12 Décembre 2015 à Paris.**

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

Organisées comme chaque année par la Société Française de Dermatologie, les Journées Dermatologiques de Paris innovent en 2015 avec une journée de formation en Dermatologie, dédiée aux Médecins Généralistes. Cette édition 2015 des JDP renforce sa vision internationale en invitant trois représentants des Sociétés de Dermatologie étrangères à présenter les spécificités dermatologiques de leur pays.

**Les JDP 2015 voient également le renouvellement des sessions à succès :**

- Deux sessions en lien direct avec l'actualité en Dermatologie
  - La session abordant les thèmes choisis par les participants
  - La demi-journée consacrée à la Dermatologie sur les peaux noires & foncées
  - Plusieurs sessions traduites en anglais
  - Le forum dédié aux infirmiers / infirmières
- ... Et toujours, les séances plénières avec des orateurs d'exception, ainsi que les Quoi de Neuf du samedi matin.

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

**Les principaux thèmes abordés, que vous retrouverez lors des JDP 2015 :**

- L'acné en 2015 et les nouvelles recommandations sur la prise en charge des patients
- Mélanomes : le point en pratique après 5 ans de progrès fulgurants
- IST à *Papilloma virus* – actualités
- Psoriasis : choix thérapeutiques, comorbidités et maladies infectieuses
- Maladie de Verneuil, avancées physiopathologiques et thérapeutiques
- Génodermatoses et Filière des maladies rares en Dermatologie (FIMARAD)
- La peau des greffés d'organe
- Les troubles pigmentaires : vitiligo, melasma et au-delà...
- Détatouage Laser

**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 2015

<b>Fiche 1</b>	<b>Une actualisation des recommandations de prise en charge de l'acné</b> Pr Bernard GUILLOT et Dr Laurence LE CLEACH	<b>1</b>
<b>Fiche 2</b>	<b>Patients greffés d'organe, la surveillance dermatologique annuelle est requise</b> Dr Emmanuel LAFFITTE	<b>3</b>
<b>Fiche 3</b>	<b>Maladie de Verneuil, une prise en charge multidisciplinaire pour un meilleur contrôle des facteurs de risque et une meilleure indication des traitements</b> Pr Pierre WOLKENSTEIN	<b>5</b>
<b>Fiche 4</b>	<b>Troubles pigmentaires, une meilleure compréhension des mécanismes physiopathologiques ouvre des perspectives thérapeutiques enthousiasmantes</b> Pr Thierry PASSERON	<b>6</b>
<b>Fiche 5</b>	<b>Psoriasis, une offre thérapeutique croissante nécessitant de structurer la prescription</b> Pr Denis JULLIEN	<b>8</b>
<b>Fiche 6</b>	<b>Dermatoses infectieuses, les parasitoses au cœur de l'actualité</b> Pr Olivier CHOSIDOW	<b>10</b>
<b>Fiche 7</b>	<b>Mélanome : le point en pratique après 5 ans de progrès fulgurants</b> Pr Marie-Thérèse LECCIA	<b>12</b>
<b>Fiche 8</b>	<b>FIMARAD, la Filière des Maladies Rares en Dermatologie, un projet ambitieux pour optimiser la prise en charge des patients de maladies rares et souvent orphelines</b> Pr Christine BODEMER	<b>13</b>
<b>Fiche 9</b>	<b>Les IST à <i>Papilloma Virus</i> : de nouveaux outils pour une meilleure prise en charge</b> Dr Sébastien FOUÉRE	<b>15</b>
<b>Fiche 10</b>	<b>Comment répondre au mieux aux demandes de plus en plus fréquentes de détatouage ?</b> Dr Jean-Michel MAZER	<b>16</b>

MIEUX CONNAÎTRE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE

18

# Une actualisation des recommandations de prise en charge de l'acné

Pr Bernard GUILLOT, *CHU Montpellier, Président du groupe de travail*

Dr Laurence LE CLEACH, *CHU Créteil, Chef de projet du groupe de travail*

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 (troubles de l'humeur, dépression, altération de l'image de soi, difficultés relationnelles, tendance suicidaire...). 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 (*Société Française de Dermatologie*), le CEDEF (*Collège des Enseignants en Dermatologie de France*) et la FFFCEDV (*Fédération Française de Formation Continue et d'Évaluation en Dermatologie-Vénérologie*) ont travaillé en étroite collaboration avec la HAS (*Haute Autorité de Santé*).

## Un traitement selon la sévérité de l'acné et les préférences des patients

**La stratégie thérapeutique évolue selon les cinq niveaux de sévérité de l'acné répertoriés** : très légère (Grade 1), légère (Grade 2), moyenne (Grade 3), sévère (Grade 4) et très sévère (Grade 5). Elle doit être systématique dès qu'il s'agit d'une forme sévère avec ou sans risque cicatriciel, mais également quelle que soit la sévérité de l'acné, dès qu'il existe un retentissement psycho-social, une altération de la qualité de vie ou une interférence dans les relations avec autrui.

**Les traitements locaux** (gels ou crèmes) à base de peroxyde de benzoyle et les rétinoïdes sont à privilégier dans les formes très légères à moyennes.

**Les antibiotiques** (doxycycline ou lymecycline par voie orale) peuvent être prescrits en complément au cas par cas dans les formes moyennes. Afin de limiter l'émergence de souches bactériennes résistantes, il convient de réserver leur utilisation aux situations où ils sont nécessaires. La minocycline n'a pas d'indication et doit être abandonnée.

**L'isotrétinoïne** est réservée aux formes moyennes à très sévères d'acné avec risque cicatriciel. Traitement de 1<sup>ère</sup> intention des formes très sévères (Grade 5), il pourra être débuté avant 3 mois :

- dans les acnés sévères en cas d'échec du traitement de 1<sup>ère</sup> intention s'il existe un risque cicatriciel important ou une récurrence rapide,
- en 2<sup>ème</sup> intention dans les acnés moyennes après échec d'un traitement local associé à une antibiothérapie suivis pendant 3 mois.

Son usage étant proscrit chez la femme enceinte, la prescription initiale et le renouvellement mensuel du traitement ne doivent être envisagés qu'en présence d'un test de grossesse négatif fourni à chaque consultation mensuelle pendant toute la durée du traitement et jusqu'à 5 semaines après son arrêt.

Afin de limiter le risque de trouble dépressif suspecté mais non confirmé à grande échelle avec ce traitement, tous les antécédents personnels et familiaux de troubles psychologiques et psychiatriques doivent être recherchés avant l'instauration du traitement et faire l'objet d'un suivi rapproché du patient particulièrement en début de traitement. Dans ce domaine, une collaboration avec le médecin traitant est indispensable.

## Un traitement qui doit s'inscrire dans le temps

Aucun traitement de l'acné n'est immédiatement efficace et il est souvent nécessaire d'attendre quelques semaines avant d'obtenir une amélioration. L'échec thérapeutique n'est donc admis qu'après 3 mois de traitement bien suivi.

Exception faite pour l'isotrétinoïne, les traitements actuels ne guérissent pas l'acné mais en atténuent les symptômes. Il est donc nécessaire de poursuivre le traitement local après obtention d'une rémission afin d'éviter ou de diminuer la survenue d'une récurrence en tenant compte des préférences du patient soigneusement informé des enjeux d'une bonne observance de son traitement.

## Progestatif de 2<sup>ème</sup> génération pour la contraception de la femme acnéique

Compte-tenu du risque accru de maladie thrombo-embolique veineuse sous pilule de 3<sup>ème</sup> ou 4<sup>ème</sup> génération, la contraception d'une femme présentant de l'acné repose en première intention sur le lévonorgestrel (2<sup>ème</sup> génération) et en seconde intention sur le norgestimate (assimilé 2<sup>ème</sup> génération). Les traitements hormonaux à base d'acétate de cyprotérone (Diane 35 et ses génériques) peuvent être envisagés en 3<sup>ème</sup> intention, en cas de persistance de l'acné malgré un traitement dermatologique bien conduit et en tenant compte du risque thrombo-embolique individuel de la femme.

## Des outils faciles d'utilisation

- 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

The screenshot displays a web browser window with the URL [reco.dermato-sfd.org/acne](http://reco.dermato-sfd.org/acne). The page header includes the logo of the Société Française de Dermatologie et de Pathologie Sexuellement Transmissible. A navigation menu on the left contains 'ALGORITHME', 'TABLE DES MATIÈRES', and 'ÉLARGIR'. The main content area features a flowchart starting with 'PATIENT PRÉSENTANT UNE ACNÉ', which branches into three categories: 'ÉPIDÉMIOLOGIE ET FACTEURS FAVORISANTS', 'PRISE EN CHARGE', and 'ÉVALUATION DU STADE DE GRAVITÉ'. Each category is marked with a checkmark icon. To the right of the flowchart, the text reads 'Prise en charge DE L'ACNÉ' in large yellow letters, with 'Actualisation 2015' below it.

## Référence bibliographique

- Recommandations de bonne pratique. Prise en charge de l'acné. <http://reco.dermato-sfd.org/acne> et [sfdermato.org](http://sfdermato.org)

## Patients greffés d'organe, la surveillance dermatologique annuelle est requise

Dr Emmanuel LAFFITTE, Genève

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 tacrolimus et la ciclosporine), 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.

**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. Une grande étude multicentrique européenne, coordonnée par Sylvie Euvrard a montré en effet une réduction du risque de récurrence de cancer cutané par la substitution des inhibiteurs de la calcineurine par un inhibiteur de mTOR.



**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.

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

D'autres tumeurs plus rares peuvent également s'observer telles la maladie de Kaposi liée au virus HHV8 ou les tumeurs de Merkel liées aux infections à poliovirus.

### Les complications infectieuses : biopsie et culture systématiques devant toute lésion atypique

Folliculite (infection du follicule pileux), pyodermite superficielle, dermatophytose et verrues représentent les complications infectieuses les plus fréquentes. Les mycoses profondes et les infections à mycobactéries restent plus rares. 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 difficile.



### Quelques lésions spécifiques aux immunosuppresseurs



Les immunosuppresseurs favorisent la survenue d'une xérose 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 aphtoses sont spécifiques des inhibiteurs de mTOR. Quelques cas d'alopecie 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.**

Deux groupes de travail s'intéressent au sujet : un groupe européen, SCOPE (*Skin Care in Organ transplant Patients*) qui travaille en liens étroits avec l'ITSCC (*International Transplant Skin Cancer Collaborative*) qui en est le pendant américain.

### Références bibliographiques

- Euvrard S et al. Sirolimus and Secondary Skin-Cancer Prevention in Kidney Transplantation. *N Engl J Med* 2012;367:329-39
- Hofbauer Gunter Fl et al. Organ transplantation and skin cancer: basic problems and new perspectives. *Experimental Dermatology* 2010; 19: 473-482.

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

Pr Pierre WOLKENSTEIN, Hôpital Henri Mondor, Créteil



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.

### Des progrès dans la compréhension des mécanismes physiopathologiques

On a longtemps pensé que les patients atteints de maladie de Verneuil présentaient un déficit immunitaire favorisant le développement de germes au niveau de la peau. 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.

### Des progrès thérapeutiques avec l'arrivée prochaine d'un anticorps monoclonal

L'anti-TNF, adalimumab (HUMIRA®), 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** devient un élément clé de la prise en charge. Au moins une étude a montré qu'un meilleur contrôle du poids par la mise en place d'anneaux gastriques chez des patients obèses par exemple, améliore notablement le pronostic en diminuant le nombre des poussées.

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...

### Références bibliographiques

- Jemec GB, Kimball AB. Hidradenitis suppurativa: Epidemiology and scope of the problem. J Am Acad Dermatol. 2015 Nov; 73(5 Suppl 1):S4-7.
- Sbidian E, Hotz C, Seneschal J, Maruani A, Amelot F, Aubin F, Paul C, Beylot Barry M, Humbert P, Dupuy A, Caux F, Dupin N, Modiano P, Lepesant P, Ingen-Housz Oro S, Mahé E, Bachelez H, Chosidow O, Wolkenstein P. Anti-TNF\_ therapy for hidradenitis suppurativa. Results from a national cohort study between 2000 and 2013. Br J Dermatol. 2015 Sep 25.

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

Pr Thierry PASSERON, *Hôpital l'Archet, Nice*

### 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 des ondes courtes de la lumière visible, telles que le bleu et le violet sur la pigmentation a permis de développer des 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. Des écrans incolores sont également disponibles ou devraient voir prochainement le jour, mais l'efficacité de ces derniers n'a pas encore été testée cliniquement.

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.



**Figure 1** : Angiome rubis en grossissement x200 en dermoscopie. On voit clairement une pigmentation associée à la vascularisation.



**Figure 2** : Pigmentation induite chez un sujet volontaire sain avec une seule exposition de doses croissantes de lumière bleue violette (415nm). 15 jours après exposition. On voit clairement l'hyperpigmentation induite.

## 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 aux USA pour traiter la polyarthrite rhumatoïde et qui se trouve en aval de la voie de l'interféron gamma, a donné également des résultats prometteurs. Une repigmentation complète est observée après 5 mois de traitement chez des patients résistants 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**. En effet l'analyse comparée de transcriptomes (analyse des ARN messagers cellulaires) de zones cutanées saines, de zones dépigmentées et de témoins a mis en évidence, outre l'absence d'attaque immunitaire dans les plaques dépigmentées, une diminution de la voie wnt/béta-caténine impliquée dans la différenciation mélanocytaire.

L'identification de cette voie ouvre naturellement de nouvelles perspectives de recherche pour stimuler la différenciation des mélanocytes en utilisant soit des agonistes de wnt, soit des inhibiteurs de GSK3 $\beta$  inhibant cette voie.

## Références bibliographiques

- Duteil L, Cardot-Leccia N, Queille-Roussel C, Maubert Y, Harmelin Y, Boukari F, Ambrosetti D, Lacour JP, Passeron T. Differences in visible light-induced pigmentation according to wavelengths: a clinical and histological study in comparison with UVB exposure. *Pigment Cell Melanoma Res.* 2014 Sep;27(5):822-6.
- Boukari F, Jourdan E, Fontas E, Montaudi H, Castela E, Lacour JP, Passeron T. Prevention of melasma relapses with sunscreen combining protection against UV and short wavelengths of visible light: a prospective randomized comparative trial. *J Am Acad Dermatol.* 2015 Jan;72(1):189-90.e1.
- Regazzetti C, De Donatis GM, Ghorbel HH, Cardot-Leccia N, Ambrosetti D, Bahadoran P, Chignon-Sicard B, Lacour JP, Ballotti R, Mahns A, Passeron T. Endothelial Cells Promote Pigmentation through Endothelin Receptor B Activation. *J Invest Dermatol.* 2015 Aug 26. doi: 10.1038/jid.2015.332. [Epub ahead of print]
- Rashighi M, Agarwal P, Richmond JM, Harris TH, Dresser K, Su MW, Zhou Y, Deng A, Hunter CA, Luster AD, Harris JE. CXCL10 is critical for the progression and maintenance of depigmentation in a mouse model of vitiligo. *Sci Transl Med.* 2014 Feb 12;6(223):223ra23.
- Craiglow BG, King BA. Tofacitinib Citrate for the Treatment of Vitiligo: A Pathogenesis-Directed Therapy. *JAMA Dermatol.* 2015 Oct 1;151(10):1110-2. doi: 10.1001/jamadermatol.2015.1520.
- Regazzetti C, Joly F, Marty C, Rivier M, Mehul B, Reiniche P, Mounier C, Rival Y, Piwnica D, Cavali M, Chignon-Sicard B, Ballotti R, Voegel J, Passeron T. Transcriptional Analysis of Vitiligo Skin Reveals the Alteration of WNT Pathway: A Promising Target for Repigmenting Vitiligo Patients. *J Invest Dermatol.* 2015 Aug 31. doi: 10.1038/jid.2015.335

## Psoriasis, une offre thérapeutique croissante nécessitant de structurer la prescription

Pr Denis JULLIEN, Hôpital Edouard Herriot, Lyon



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

Deux nouvelles molécules ont été récemment approuvées, le sécukinumab (COSENTYX®), un anti-IL17, et l'apremilast (OTEZLA®), un inhibiteur de la phosphodiesterase 4 (PDE4).

**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). Selon le tout récent avis de la Commission de Transparence rendu le 16 septembre dernier, COSENTYX® 150 mg est à réserver au traitement du psoriasis en plaques chronique sévère de l'adulte en cas d'échec, de contre-indication ou d'intolérance à au moins deux traitements systémiques conventionnels tels que le méthotrexate, l'acitrétine, la ciclosporine et la photothérapie.

**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 conduits sur des populations de patients sélectionnés, devra être confirmée en « vraie vie » au moyen de registres post-marketing.

L'autre molécule par voie orale attendue est le tofacitinib (XELJANZ®), un **inhibiteur de JAK1/3**, dont l'arrivée sur le marché pourrait être retardée en raison de la nécessité d'analyse complémentaire des données de tolérance demandées récemment par la FDA.

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 entraîner 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 et 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.

En effet, si les formes axiales ou périphériques du rhumatisme psoriasique répondent très bien aux anti-TNF alpha, la démonstration de l'efficacité de ces nouvelles biothérapies, notamment des anti-IL17, au même niveau reste à établir.

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. Choisir une molécule à action anti-inflammatoire pourrait dès lors apporter un certain bénéfice chez des patients à fort risque cardiovasculaire.

L'essai clinique Cardiovascular Inflammation Reduction Trial (CIRT) devrait par exemple permettre de déterminer si le méthotrexate utilisé à des posologies similaires à celles employées dans le psoriasis, a un rôle bénéfique dans la prévention des récurrences cardiovasculaires chez des patients ayant des antécédents d'infarctus et d'AVC. Une donnée qui pourrait être importante chez les patients psoriasiques qui sont exposés à une surmortalité cardio-vasculaire.

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.

## Le registre PSOLAR

La publication début 2015 des données du registre PSOLAR, grand registre nord-américain de surveillance des biothérapies, met en évidence un risque infectieux plus important avec les anti-TNF alpha de type anticorps monoclonaux (infliximab, adalimumab) qu'avec l'étanercept, qui est une protéine de fusion, ou encore l'ustekinumab, qui est un anti-IL12 et anti-IL23.

## Références bibliographiques

- Bachelez H. Interleukin-17 inhibition: a route to psoriasis clearance? Lancet 2015 Aug 8;386(9993):510-2.
- Nast A, Gisondi P, Ormerod AD, Saiag P, Smith C, Spuls PI, Arenberger P, Bachelez H, Barker J, Dauden E, de Jong E, Feist E, Jacobs A, Jobling R, Kemény L, Maccarone M, Mrowietz U, Papp KA, Paul C, Reich K, Rosumeck S, Tälme T, Thio HB, van de Kerkhof P, Werner RN, Yawalkar N. European S3-Guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris - Update 2015 - Short version - EDF in cooperation with EADV and IPC. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015 Oct 19. doi:10.1111/jdv.13354.
- PSOLAR : Kalb RE, Fiorentino DF, Lebwohl MG, Toole J, Poulin Y, Cohen AD, Goyal K, Fakhrazadeh S, Calabro S, Chevrier M, Langholf W, You Y, Leonardi CL. Risk of Serious Infection With Biologic and Systemic Treatment of Psoriasis: Results From the Psoriasis Longitudinal Assessment and Registry (PSOLAR). JAMA Dermatol. 2015 Sep 1;151(9):961-9.
- Boehncke WH, Schön MP. Psoriasis Lancet 2015 Sep 5;386(9997):983-94.

## Dermatoses infectieuses, les parasitoses au cœur de l'actualité

Pr Olivier CHOSIDOW, Hôpital Henri Mondor, Créteil

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.

### Gale, retour du benzoate de benzyle 10 %, et perméthrine à 5 % enfin disponible

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<sup>(1)</sup>. S'il n'y a pas de corrélation dans toutes les études entre impétigo et gale, il en existe une très forte entre gale, hématurie et glomérulonéphrite chronique post-streptococcique, notamment dans les communautés aborigènes d'Australie et dans les îles Fidji. **La gale a été ainsi ajoutée en 2013 par l'OMS à la liste des maladies tropicales négligées**, succès d'un groupe international dédié au contrôle de la gale dans les pays en développement (IACS « *International Alliance for the Control of Scabies* » - [www.controlscabies.org](http://www.controlscabies.org)). Par ailleurs, en France, selon les résultats de l'étude HYPTEAC<sup>(2)</sup> 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.

Considérée 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.

Deux essais thérapeutiques financés par le PHRC (*Programme Hospitalier de Recherche Clinique*) devraient commencer début 2016, l'un dans la gale commune, l'autre dans la gale profuse et la gale hyperkératosique. Le premier va comparer l'ivermectine (200 mcg/kg deux fois par jour) à deux applications locales de perméthrine à 5 % chez des enfants et leur famille présentant une gale commune. L'autre va comparer deux dosages d'ivermectine associés à la prise en charge classique de la gale profuse et de la gale hyperkératosique.

### 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*<sup>(3)</sup>, 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.

### Repérer et prendre en charge les patients à risque infectieux AVANT d'instaurer une corticothérapie systémique.

Un travail franco-britannique a montré chez 275 072 adultes exposés à une corticothérapie systémique durant plus de 15 jours par comparaison à des adultes non exposés de même âge, même sexe et même pathologie de fond, un sur-risque d'érysipèle, de pneumonies et de candidoses cutanéomuqueuses, en particulier durant les premières semaines de traitement<sup>(4)</sup>. Ce risque apparaît d'autant plus élevé que les patients sont âgés, diabétiques, porteurs d'une hypoalbuminémie ou reçoivent des posologies élevées.

Une information des patients, une politique de vaccination adéquate (grippe et pneumocoque notamment) et un examen cutanéomuqueux complet afin de dépister et traiter une candidose éventuelle et des facteurs prédisposant à l'érysipèle, sont conseillés avant de débiter une corticothérapie systémique.

### **Mycoplasma fermentans** possiblement responsable d'ulcères de Lipschütz

Le virus de l'herpès, le virus d'Epstein-Barr (EBV), le cytomégalovirus (CMV), les virus mumps et le mycoplasme sont possiblement responsables d'ulcérations génitales non sexuellement transmises encore appelées ulcères de Lipschütz. Un nouveau type de mycoplasme, *Mycoplasma fermentans*, pourrait également être impliqué dans le développement de ce type de lésions. Trois cas d'ulcères de Lipschütz ont été récemment rapportés dans le JAMA Dermatology<sup>(5)</sup> chez trois adolescentes présentant toutes trois une sérologie à IgM positive à *Mycoplasma fermentans* comme seule anomalie sérologique. Il existe un regain d'intérêt actuel pour ce mycoplasme qui pourrait être également impliqué dans la pathogénèse de la polyarthrite rhumatoïde, d'infections respiratoires et d'infections du tractus génito-urinaire.

### **Des facteurs pronostiques dans les dermo-hypodermes et fasciites infectieuses nécrosantes**

Les dermo-hypodermes et fasciites nécrosantes sont rares, mais potentiellement mortelles dans plus de 20-30 % des cas. Une étude réalisée sur 109 patients atteints de ce type de lésions a montré que les facteurs indépendants de mortalité étaient un âge supérieur à 75 ans, des infections multifocales, une pathologie vasculaire périphérique sévère, les infections nosocomiales, un sepsis sévère et un choc septique à l'admission à l'hôpital<sup>(6)</sup>.

### **Références bibliographiques**

- (1) Romani L et al. Prevalence of scabies and impetigo worldwide: a systematic review. Lancet Infect Dis. 2015;15:960-7.
- (2) Arnaud A et al. Prevalences of scabies and pediculosis corporis among homeless in the Paris region: results from 2 random cross-sectional surveys (HYTPEAC study). doi: 10.1111/bjd.14226 (2) Arnaud A et al. Prevalences of scabies and pediculosis corporis among homeless in the Paris region: results from 2 random cross-sectional surveys (HYTPEAC study). doi: 10.1111/bjd.14226
- (3) Lal Himal et al. Efficacy of an Adjuvanted Herpes Zoster Subunit Vaccine in Older Adults. N Engl J Med 2015; 372:2087-96
- (4) Fardet L et al. Infections communes chez les patients traités par corticothérapie systémique: étude en population générale. JDP 2015. Poster 154
- (5) Horie C. et al. Possible Involvement of *Mycoplasma fermentans* in the Development of Nonsexually Acquired Genital Ulceration (Lipschütz Ulcers); in 3 Young Female Patients. JAMA Dermatology doi:10.1001/jamadermatol.2015.2061.
- (6) Hua C. et al. Prognostic factors in necrotizing soft-tissue infections (NSTI): A cohort study. J Am Acad Dermatol <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2015.08.054>.

# Mélanome : le point en pratique après 5 ans de progrès fulgurants

Pr Marie-Thérèse LECCIA, Grenoble

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.

## Dépistage : cibler les populations à risque

On sait aujourd'hui que 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.



Mélanome nodulaire

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.

## Thérapies ciblées et immunothérapies, des avancées majeures

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.



Phototoxicité sous antiBRAF

Les thérapies ciblées s'adressent aux patients ayant des mutations spécifiques. Chez les patients mutés BRAF, il a ainsi été démontré que l'association de molécules anti-BRAF et anti-MEK était supérieure à une monothérapie par anti-BRAF avec à la fois des taux de réponse plus élevés, des réponses plus longues mais également une meilleure tolérance. Les anti-BRAF utilisés en monothérapie étaient associés à des réactions cutanées au soleil et des cancers cutanés qui sont nettement diminués par l'association. A ce jour il existe deux molécules anti-BRAF, le vemurafenib (ROCHE) et le dabrafenib (GSK), et deux molécules anti-MEK, le tramétinib (GSK) et Cobemitinib (ROCHE).

En immunothérapie, à côté des anti-CTLA4 représentés par l'ipilimumab, qui permet des rémissions longues chez environ 10 % des sujets atteints de mélanome au prix d'effets secondaires souvent lourds, la classe des anti-PD1 vient enrichir l'arsenal thérapeutique et s'adresse aux mélanomes mutés comme aux mélanomes sauvages. Compte-tenu de leur délai d'action long (en moyenne 8 semaines), les anti-PD1 sont à réserver aux formes peu avancées/peu évolutives de mélanomes métastatiques. Les taux de réponse avoisinent les 50 %, mais il manque encore des données sur les durées de réponse qui semblent assez longues. La tolérance paraît bonne **faisant de cette nouvelle classe une révolution thérapeutique tant dans le mélanome que dans d'autres domaines de la cancérologie**, notamment en oncologie thoracique. Deux molécules disponibles jusqu'à présent en ATU, viennent d'obtenir récemment leur AMM : le nivolumab (BMS) qui s'administre tous les 15 jours en intraveineux et le pembrolizumab (Merck-MSD) s'administrant également en intraveineux toutes les 3 semaines.

L'ipilimumab garde une place dans le panorama thérapeutique de certains mélanomes notamment en association aux anti-PD1 au prix toutefois d'une toxicité importante.

L'arrivée de toutes 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.

## Références bibliographiques

- Robert C et coll. Improved overall survival in melanoma with combined dabrafenib and trametinib. *New Engl J Med* 2014
- Larkin J et coll. Combined vemurafenib et cobimetinib in BRAF-mutated melanoma. *New Engl J Med* 2014
- Robert C et coll. Pembrolizumab versus ipilimumab in advanced melanoma. *New Engl J Med* 2014
- Robert C et coll. Nivolumab in previously untreated melanoma without BRAF mutation. *New Engl J Med* 2014

## FIMARAD, la Filière des Maladies Rares en Dermatologie, un projet ambitieux pour optimiser la prise en charge des patients de maladies rares et souvent orphelines

Pr Christine BODEMER, en charge de la filière FIMARAD, Hôpital Necker, Paris

Si le 1<sup>er</sup> 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<sup>ème</sup> 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 :

- Le Centre de référence des gnodermatoses et maladies rares de la peau regroupant les sites de Necker, Saint-Louis et Avicenne coordonné par le Pr Christine Bodemer (MAGEC),
- Le Centre de référence des maladies rares de la peau Bordeaux et de Toulouse coordonné par le Pr Alain Taïeb,
- Le Centre de référence des épidermolyses bulleuses coordonné par le Pr Jean-Philippe Lacour à Nice,
- Le Centre de référence des maladies bulleuses auto-immunes associant les sites de Rouen, Clermont-Ferrand et Reims coordonné par le Pr Pascal Joly à Rouen,
- Le Centre de référence des maladies bulleuses auto-immunes acquises de Paris Ile-de-France coordonné par le Pr Catherine Prost à Bobigny,
- Les Centres de référence des neurofibromatoses et des toxidermies sévères coordonnés par le Pr Pierre Wolkenstein à Créteil.

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 cette 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** de ces maladies rares très spécifiques et intégrés dans la société de l'enfance à l'âge adulte, mais aussi que la communication auprès des instances administratives (MDPH, Caisses de Sécurité Sociale...) soit améliorée avec meilleure compréhension en tenant compte du handicap spécifique lié aux maladies de peau (douleur, retentissement fonctionnel, handicap physique et psychologique...).
- ✓ Affichage et valorisation des parcours de soins médicaux et paramédicaux pour chacune de ces maladies rares pour plus de visibilité pour les patients et leurs familles avec des protocoles nationaux de soins PNDS.
- ✓ Homogénéisation et optimisation sur le territoire de la mise en place de programme d'éducation thérapeutique des patients pour les rendre plus autonomes avec leur maladie au quotidien.

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 2 : Epidémiologie et Recherche** avec

- ✓ La création d'une base de données commune qui devrait permettre le développement **de programmes de recherche épidémiologique**, de disposer de cohortes de patients bien identifiés susceptibles d'être facilement recrutés en cas de protocoles d'études de nouveaux traitements.
- ✓ Le développement de **programmes de recherche médicale** au niveau national et international pour optimiser l'inclusion et le recrutement des patients.
- ✓ Le développement de **programmes de recherche paramédicale** en favorisant les échanges entre les différents acteurs de santé de la filière prenant en charge ces maladies rares (médecins, infirmières, etc...)

#### **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](http://www.fimarad.org)) sont aujourd'hui les priorités de FIMARAD.**

#### **Références bibliographiques**

- <http://www.sante.gouv.fr/les-maladies-rares.html>

## Les IST à *Papilloma Virus* : de nouveaux outils pour une meilleure prise en charge

Dr Sébastien FOUÉRÉ, Paris

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

Alors qu'elle était largement réservée à l'expérimentation scientifique, les connaissances acquises ces dernières années sur l'utilisation de la biologie moléculaire permettent 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. En outre, cette avancée permet enfin d'imaginer ce que sera le dépistage de lésions dysplasiques dans d'autres localisations anatomiques dont l'impact sur la santé publique croît à très grande vitesse, comme l'oropharynx et la région anorectale.

### 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 plus, l'un des deux vaccins, conçu pour prévenir également les infections à HPV6 et HPV11 responsables de verrues génitales ou condylomes, pourrait avoir une efficacité inattendue sur des cas compliqués de verrues génitales profuses ainsi que de lésions buccales à HPV. Des études de bonne qualité seront nécessaires pour confirmer les observations rapportées. Si cette efficacité chez les patients non naïfs devait se confirmer, l'intérêt de cette vaccination dans les situations cliniques grevées de forts taux de rechutes deviendrait évident.

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

De nouvelles techniques d'analyses statistiques devraient apporter de précieuses informations sur l'efficacité des différents traitements actuellement disponibles. Beaucoup de ces traitements sont en effet utilisés depuis longtemps de manière empirique, sans que leur efficacité ait été parfaitement évaluée et démontrée. 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.

### De nouvelles options thérapeutiques dans le traitement des condylomes

Dans leur histologie et leur physiopathogénèse, les verrues sont assez proches des lésions prolifératives épidermoïdes. L'imiquimod et le 5 fluoro uracile topique illustrent depuis des années la possibilité de les traiter avec les mêmes molécules. D'autres, plus récentes, comme le mébutate d'ingénol employé dans le traitement de pathologies précancéreuses et cancéreuses de la peau, telles que la kératose actinique ou le carcinome baso-cellulaire, pourraient avoir un intérêt dans le traitement des formes profuses de condylome.

De nouvelles méthodes reposant sur la destruction des lésions montrent leur efficacité, élargissant l'arsenal thérapeutique ce qui est toujours bienvenu dans une pathologie souvent frustrante par son caractère récidivant.

### Référence bibliographique

- Ronco et al. Lancet 2014; 383: 524-32

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

Dr Jean-Michel MAZER, *Vice-Président du Groupe Laser de la SFD*

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.

**Le Laser Q-switched** utilisé jusqu'à présent nécessite un nombre élevé de séances (10 à 20), espacées dans le temps à raison d'une séance tous les deux mois pour permettre un temps de récupération cutané et l'élimination des croûtes superficielles. Le traitement peut ainsi s'étaler sur 2 à 4 ans selon la taille et la qualité du tatouage. Ces durées de traitement sont jugées très, voire trop longues par la plupart des patients, d'autant qu'un tatouage en cours de traitement devient très inesthétique. Par ailleurs, la difficulté d'élimination des pigments verts, bleus et rouges peut rendre les résultats aléatoires, avec parfois la persistance de tatouages fantômes indélébiles.



Tatoo avant tout traitement



Tatoo résistant après 20 séances QSYag



Tatoo résistant à QSYag après 3 séances Picoseconde

**Le Laser Picoseconde** se différencie du Laser Q-switched par une durée d'impulsion plus courte, c'est-à-dire un temps d'émission de la lumière Laser plus court. Cette durée d'impulsion plus courte présente deux avantages majeurs :

- un effet thermique moindre entraînant des suites plus simples (moins de croûtes superficielles)
- une plus grande efficacité en raison de l'augmentation de l'impact mécanique qui permet une pulvérisation plus fine des pigments alors plus faciles à éliminer.



Tatoo soleil avant Picoseconde



Tatoo soleil après 3 séances Picoseconde

En pratique, il existe une réduction du nombre global de séances, qui peuvent devenir par ailleurs mensuelles, et donc *in fine* un raccourcissement significatif de la durée de traitement.

Certains tatouages sont toujours difficiles à traiter, notamment les tatouages de couleur jaune.

Pronostiquer un nombre précis de séances reste difficile car cela dépend de la qualité de l'encre utilisée, de sa densité et de sa profondeur.

### **Les contre-indications et précautions au détatouage**

- une peau bronzée en raison du risque de dépigmentation
- une exposition solaire dans les suites immédiates de la séance (délai de 2 mois après le Laser Q-switched, réduit à deux ou trois semaines avec le Laser Picoseconde).

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 et les résultats attendus et surtout de bien le sensibiliser aux conséquences d'un tatouage AVANT de se faire tatouer.

### **Références bibliographiques**

- Brauer JA, Reddy KK, Anolik R, Weiss ET, Karen JK, Hale EK, Brightman LA, Bernstein L, Geronemus RG. Successful and rapid treatment of blue and green tattoo pigment with a novel picosecond Laser. Arch Dermatol. 2012 Jul;148(7):820-3..
- Luebberding S, Alexiades-Armenakas M. New tattoo approaches in dermatology Dermatol Clin. 2014 Jan;32(1):91-6.

## 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](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)

### Bureau de la SFD

Pr Marie-Aleth RICHARD : Présidente

Pr Olivier CHOSIDOW : Past-Président

Prs Marie BEYLOT-BARRY, Pascal JOLY, Dr Véronique CHAUSSADE : Vice-présidents

Dr Sandra LY : 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](mailto:secretariat@sfdermato.com)

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

[www.dermato-info.fr](http://www.dermato-info.fr)