



Revue de presse

Juin 2025

Sommaire

Cosmétiques et perturbateurs endocriniens, une liaison toxique francais.medscape.com - 30/06/2025	6
Après avoir mis de la crème solaire, combien de temps devez-vous attendre pour vous baigner ? La réponse d'un dermatologue Topsante.com - 27/06/2025	10
Comment se manifeste la corticophobie ? Lemoniteurdespharmacies.fr - 29/06/2025	13
Après avoir mis de la crème solaire, combien de temps devez-vous attendre pour vous baigner ? La réponse d'un dermatologue Yahoo ! Style (FR) - 27/06/2025	15
Après avoir mis de la crème solaire, combien de temps devez-vous attendre pour vous baigner ? La réponse d'un dermatologue Yahoo ! (France) - 27/06/2025	17
Transpiration caniculaire : l'épopée humide d'une survie malodorante blogs.mediapart.fr - 29/06/2025	19
L'info en + Manque de dermatologues : un « problème national » Le Dauphiné Libéré - Aubenas, Privas et Vallée du Rhône - Aubenas, Privas et Vallée du Rhône - 30/06/2025	33
Tout savoir sur la cellulite La République des Pyrénées - 27/06/2025	34
Tout savoir sur la cellulite L'Eclair Pyrénées - 27/06/2025	35
Santé. Après un cancer de la peau, ayez les bons réflexes pour en éviter un second Estrepublicain.fr - 25/06/2025	36
Cancer de la peau : cette zone du corps que vous ne protégez jamais déclenche les formes les plus graves modesettravaux.fr - 24/06/2025	38
Santé. Comment se forme la cellulite et comment s'en débarrasser ? Le progres.fr - 24/06/2025	41
Dermoscopie et dépistage des cancers de la peau en médecine générale : pourquoi pas vous ? Preuves & pratiques - 01/07/2025	43
Quelles sont les causes de ce phénomène disgracieux de la partie superficielle de l'hypoderme Le Courrier Picard - Amiens - Amiens - 24/06/2025	46
[Beauté] Protection solaire SPF : les dernières innovations en cosmétique Tetu.com - 23/06/2025	47
Comment se débarrasser des vergetures Ouest France - Rennes - Rennes - 23/06/2025	49
Petit tour d'horizon des risques et des bienfaits des cosmétiques francais.medscape.com - 23/06/2025	50
Quelles sont les causes de ce phénomène disgracieux de la partie superficielle de l'hypoderme L'Union - Reims - Reims - 22/06/2025	54
Quelles sont les causes de ce phénomène disgracieux de la partie superficielle de l'hypoderme	55

L'Est Eclair - 22/06/2025	
Les dermatologues taxés de faire trop de médecine esthétique L'Opinion - 23/06/2025	56
Ce qu'il faut savoir sur la cellulite La Presse de la Manche - 22/06/2025	58
Cellulite : comprendre l'origine et les solutions selon les experts CharenteLibre.fr - 22/06/2025	59
Des injections de botox qui rapportent dix fois plus qu'une consultation : les dermatologues accusés de faire trop de médecine esthétique lopinion.fr - 22/06/2025	60
Quelles sont les causes de ce phénomène disgracieux de la partie superficielle de l'hypoderme L'Ardennais - 22/06/2025	62
Comment se débarrasser des vergetures Ouest France - Dinan - Dinan - 23/06/2025	63
Pourquoi les mycoses sont-elles plus fréquentes en été ? passeportsante.net - 20/06/2025	64
Destination Santé L'Echo de l'Ouest - 20/06/2025	66
Les risques et traitements du mélanome TELENANTES - NANTES INFO - 18/06/2025	68
Santé. Après un cancer de la peau, ayez les bons réflexes pour en éviter un second republicain-lorrain.fr - 18/06/2025	69
Santé. Après un cancer de la peau, ayez les bons réflexes pour en éviter un second dna.fr - 18/06/2025	71
Santé. Après un cancer de la peau, ayez les bons réflexes pour en éviter un second lejsl.com - 18/06/2025	73
Santé. Après un cancer de la peau, ayez les bons réflexes pour en éviter un second VosgesMatin.fr - 18/06/2025	75
Santé. Après un cancer de la peau, ayez les bons réflexes pour en éviter un second lalsace.fr - 18/06/2025	77
Santé. Après un cancer de la peau, ayez les bons réflexes pour en éviter un second Bienpublic.com - 18/06/2025	79
Tout comprendre à la cellulite La Charente Libre - Angoulême - Angoulême - 18/06/2025	81
Tout savoir sur la cellulite Le Maine Libre - 18/06/2025	82
Tout savoir sur la cellulite Le Courrier de l'Ouest - Angers - Angers - 18/06/2025	83
Tout savoir sur l'acné Lemoniteurdespharmacies.fr - 18/06/2025	84
Prévention et traitement des cancers de la peau TELENANTES - NANTES INFO - 17/06/2025	96
Inégalités face au capital solaire et risques pour la peau	97

Santé. Cellulite : quels sont les éléments déclencheurs et comment s'en débarrasser ? ledauphine.com - 17/06/2025	98
Cellulite : tout savoir sur cette lypodystrophie superficielle centrepresseaveyron.fr - 13/06/2025	100
Cellulite : tout savoir sur cette lypodystrophie superficielle independant.fr - 13/06/2025	102
Cellulite : tout savoir sur cette lypodystrophie superficielle Destinationsante.com - 13/06/2025	103
Cellulite : tout savoir sur cette lypodystrophie superficielle sudouest.fr - 13/06/2025	105
Cellulite : tout savoir sur cette lypodystrophie superficielle LaProvence.com - 13/06/2025	106
Cellulite : tout savoir sur cette lypodystrophie superficielle CorseMatin.com - 13/06/2025	107
Cellulite : tout savoir sur cette lypodystrophie superficielle larepubliquespyrenees.fr - 13/06/2025	108
Comment se manifeste la corticophobie? Le Moniteur des Pharmacies - 14/06/2025	109
Cellulite : tout savoir sur cette lypodystrophie superficielle Courrier-Picard.fr - 13/06/2025	110
Cellulite : tout savoir sur cette lypodystrophie superficielle letelegramme.fr - 13/06/2025	111
Santé. Mélanome et carcinome : les bons réflexes pour éviter un second cancer cutané Leprogres.fr - 11/06/2025	112
Également au sommaire Dermatologie Pratique - 06/06/2025	114
Soleil : nos conseils pour bien profiter de l'été Paris-normandie.fr - 09/06/2025	115
Des données inédites sur les traitements systémiques du psoriasis de l'enfant dans la pratique courante Dermatologie Pratique - 06/06/2025	117
Pédiculose du cuir chevelu : de la résistance aux insecticides locaux à l'ivermectine orale Dermatologie Pratique - 06/06/2025	119
Comment traiter une alopécie androgénétique masculine Dermatologie Pratique - 06/06/2025	121
Dermatophytoses : la résistance à la terbinafine pose de nouveaux défis thérapeutiques Dermatologie Pratique - 06/06/2025	123
Dermatite atopique : évaluation d'une nouvelle stratégie de prévention primaire OPA pratique - 01/05/2025	125
Les biomédicaments chez la femme enceinte ou allaitante Dermatologie Pratique - 06/06/2025	126
Dermatologie : au-delà de la peau - un événement pour comprendre, échanger et agir Doctissimo.fr - 06/06/2025	128

Une dermatologue identifie un carcinome sur le bras d'un animateur lors d'une émission de télévision : comment reconnaître ce cancer de la peau ? femmeactuelle.fr - 06/06/2025	130
Une dermatologue identifie un carcinome sur le bras d'un animateur lors d'une émission de télévision : comment reconnaître ce cancer de la peau ? Yahoo ! Style (FR) - 06/06/2025	132
Peau sensible et rides ? Ce soin apaisant à 97 % naturel signé Dr Pierre Ricaud pourrait bien changer votre quotidien Doctissimo.fr - 06/06/2025	133
L'IA et l'humain plus performants ensemble que séparément La Montagne - Creuse - Creuse - 06/06/2025	135
Santé. Mélanome et carcinome : huit bons réflexes pour prévenir un second cancer cutané ledauphine.com - 04/06/2025	136
CHUTE DE CHEVEUX ON DIT STOP Top Santé - 01/07/2025	138
L'acné Porphyre - 01/06/2025	140
FACE A LA PÉNURIE DE U T R 6 O E S QUE DISENT LES SPECIALISTES ? Santé Magazine - 01/07/2025	148
Interview Prévention des cancers de la peau : "Ce sont les patients qui dépistent une partie des mélanomes aujourd'hui" Source : JT 13h Semaine tf1info.fr - 02/06/2025	150
Qui sont les personnes sujettes aux mycoses des pieds ? Be.com - 02/06/2025	153
Que faire après un cancer cutané ? La Provence - Hors Série - Hors Série - 31/05/2025	156
Un joli Corps POUR L'ÉTÉ Maxi - 02/06/2025	157
BREVES La Provence - Marseille - Marseille - 31/05/2025	160



Cosmétiques et perturbateurs endocriniens, une liaison toxique

En raison des perturbateurs endocriniens encore présents dans les produits de soin, une "sobriété" cosmétique est recommandée en particulier, pour la femme enceinte, les nourrissons et l'enfant de moins de 15 ans.



Les perturbateurs endocriniens par définition sont des substances ou des mélanges de substances, qui altèrent les fonctions du système endocrinien. Ils agissent à très faible dose, avec un effet cocktail et sont bioaccumulables en particulier dans le tissu grasseux. Toute la population est soumise à ces perturbateurs endocriniens, en particulier par le biais des cosmétiques, savons, shampoings, crèmes solaires... Ils sont suspectés d'induire différentes pathologies : endométriose, hypospadias, cryptorchidie, puberté précoce, troubles de la fertilité, pathologies thyroïdiennes, troubles du spectre autistique, cancers hormono-dépendants, comme celui du sein ou de la prostate, diabète type 2, obésité ... Pour ce qui est des produits cosmétiques, les perturbateurs peuvent être présents dans le contenant et le contenu. Comment s'en protéger ? Entretien avec la Dre Catherine Pannequin, dermatologue Giez (Haute Savoie), groupe Enviderm de la Société Française de dermatologie.

Medscape : Malgré les interdictions et les réglementations, il existe encore des contenants (tubes, flacons..) de cosmétiques, avec des perturbateurs endocriniens ?

Dre Catherine Pannequin : D'une manière générale les plastiques peuvent encore contenir des bisphénols. En effet, si le bisphénol A, perturbateur endocrinien avéré, est à présent interdit, il est souvent remplacé par d'autres bisphénols, par exemple S, B, F qui présentent les mêmes risques. Le problème, c'est que, lorsqu'un perturbateur endocrinien est interdit, il faudrait



interdire toute la famille chimique par principe de précaution, ce qui n'est pas le cas. De la même manière, les plastiques - et d'ailleurs certains cosmétiques comme les vernis à ongles - peuvent encore, malgré la réglementation, contenir certains phtalates qui sont eux des perturbateurs endocriniens reconnus. Le pictogramme présent sur l'emballage plastique permet de savoir s'il contient ou non des molécules suspectes. Pour les pictogrammes 2, 4 et 5 il n'y a pas, a priori de risque. Les emballages avec des pictogrammes 3 (phtalates) et 7 (bisphénol) sont à éviter.

Et que penser des tubes ou autres contenant en carton pour les produits cosmétiques, que l'on trouve de plus en plus sur le marché ?

C'est sans doute mieux et cela peut être une piste. Mais les tubes ne sont pas uniquement en carton, il y a un ajout de plastique pour les rendre imperméable. Dans tous les cas, cela limite la quantité de plastique, ce qui est mieux ne serait-ce pour l'environnement.

Est-ce que les produits cosmétiques en eux-même contiennent encore des perturbateurs endocriniens avérés ou suspectés malgré les réglementations ?

Oui, un certain nombre de cosmétiques en contiennent encore. Par exemple, les parabènes sont présents dans de nombreux produits cosmétiques ou même dans les médicaments pour leurs effets conservateurs. Il existe différents types de parabènes : plus leur chaîne est longue au plan chimique, plus leur effet perturbateur endocrinien est important. L'éthyl et le méthyl parabène à courte chaîne sont autorisés car il n'y a pas eu d'alerte sur leur effet nocif. En revanche, le propyl et le butyl parabène sont interdits dans les produits non rincés pour les enfants de moins de trois ans. Certains parabènes comme les isobutyl, isopropylparabènes sont totalement interdits.

Quels autres perturbateurs endocriniens sont bien documentés dans les cosmétiques d'usage courant ?

Le triclosan est une molécule chimique que l'on trouve dans un certain nombre de cosmétiques en particulier certains savons, déodorants ou dentifrices. C'est un perturbateur endocrinien suspecté d'avoir un effet délétère sur le neurodéveloppement et sur la thyroïde.

SUGGESTED for you

Certaines huiles essentielles ont également été mises en cause il y a quelques années. En particulier, des cas isolés de gynécomastie avaient été signalés après utilisation d'huiles essentielles de lavande pour traiter les poux. A ce jour il n'y a pas de confirmation de ce risque. De façon générale, l'ANSES déconseille l'utilisation des huiles essentielles chez la femme enceinte.



De manière générale, et surtout avant 15 ans, il faut évoluer vers une véritable sobriété cosmétique.

L'acide salicylique dérivé de l'aspirine, largement utilisé dans les topiques dermatologiques notamment pour son effet kératolytique, est suspecté d'être un perturbateur endocrinien, raison pour laquelle il est proscrit au Danemark. Il vient d'être jugé « non sûr » pour les enfants de 3 à 10 ans aux concentrations actuellement autorisées par le Comité scientifique pour la sécurité des consommateurs. En France il est toujours utilisé dans les cosmétiques.

Le BHA et le BHT, des conservateurs, sont aussi deux molécules présentes dans les produits cosmétiques et qui sont suspectés d'avoir un effet oestrogénique.

Comment savoir si les produits cosmétiques que l'on utilise contiennent des perturbateurs endocriniens ?

Certaines applications sur internet peuvent aider dans les choix de nos cosmétiques en attribuant une note ou une couleur suivant les ingrédients à effet potentiellement néfaste. Elles expliquent pour quelle raison ces molécules sont mal notées. C'est une bonne aide pour les médecins et le public. On citera « Quel produit » mis en place par Que choisir, « INCI Beauty », ou encore « Yuka »

Quelles sont les personnes les plus vulnérables aux perturbateurs endocriniens ?

Pour la femme enceinte et son bébé jusqu'à 2 ans, le concept des mille premiers jours a été développé, car c'est une période de grande vulnérabilité aux perturbateurs endocriniens où il est recommandé d'utiliser le moins de produits cosmétiques possible, et en particulier de bannir les crèmes anti-vergetures inutiles et possiblement nocives.

Le stockage des produits de soins dans des contenants en verre est optimal.

De manière générale, et surtout avant 15 ans, il faut évoluer vers une véritable sobriété cosmétique : utiliser moins de produits avec une liste d'ingrédients la plus courte possible, uniquement quand c'est nécessaire et en évitant les emballages plastiques. En 2017, une étude prospective en Bretagne a montré qu'en moyenne chaque femme se servait de 16 produits de soins par jour et les femmes enceintes en utilisaient 18. Il faut essayer de réduire cette consommation, surtout guidée par l'industrie cosmétique et les influenceuses (crèmes anti-rides, gommages, crèmes de nuit et de jour...). On doit lutter contre le phénomène des Séphora kids (filles de 10 à 12 ans incitées à appliquer des produits anti-vieillessement).

Les crèmes solaires contiennent-elles aussi des perturbateurs endocriniens ?



Les crèmes solaires sont aussi un problème en termes de perturbateurs endocriniens. Octocrylène, benzophénone, ethylhexyl methoxycinnamate, entre autres, sont des molécules suspectes d'être des perturbateurs endocriniens et que l'on retrouve encore dans les produits solaires. Les effets sont délétères pour l'homme, mais également pour l'environnement marin : faune et flore aquatiques dont les coraux. Certains endroits ont d'ailleurs décidé de les interdire comme le Mexique, Hawaï...

Que faut-il penser des produits cosmétiques fait à la maison ?

Il faut s'en méfier aussi. Certains ingrédients que l'on y met peuvent aussi être des perturbateurs endocriniens. Par ailleurs, s'ils ont été mal stockés, par exemple dans des contenants en plastique exposés au soleil, il y a un risque de relargage des perturbateurs endocriniens du plastique dans le contenu. A ce titre, le stockage des produits de soins dans des contenants en verre est optimal, car le verre est neutre, sans risque de passage vers le contenu.

LIENS

Le résorcinol, bientôt reconnu comme perturbateur endocrinien dangereux

Le galaxolide, substance utilisée au quotidien, doit-il être classé comme toxique pour la reproduction ?

Quiz : environnement et santé

Perturbateurs endocriniens : 21 effets sanitaires à surveiller en priorité

Présent dans les crèmes solaires, l'octocrylène se dégrade en un produit cancérigène, alertent des chercheurs

Développement durable : les dermatologues s'y engagent aussi



Après avoir mis de la crème solaire, combien de temps devez-vous attendre pour vous baigner ? La réponse d'un dermatologue

Pour être bien protégé du soleil, appliquer de la crème solaire ne suffit pas. Encore faut-il respecter un temps d'attente avant de plonger dans l'eau. Le dermatologue Christophe Bédane partage ses conseils.



Pour être bien protégé du soleil, appliquer de la crème solaire ne suffit pas. Encore faut-il respecter un temps d'attente avant de plonger dans l'eau. Le dermatologue Christophe Bédane partage ses conseils. Lorsque les températures grimpent, l'appel de la mer ou de la piscine devient irrésistible. Mais avant de plonger tête la première dans l'eau turquoise, il est essentiel de laisser le temps à votre crème solaire d'adhérer à la peau. Au risque qu'une grande partie de la crème risque soit emportée par la première vague.

« Appliquer une première couche de crème solaire chez soi, environ une demi-heure avant de sortir, puis une seconde couche en arrivant à la plage ou à la piscine. Ensuite, il faut patienter environ 20-30 minutes avant de se baigner », recommande le professeur Christophe Bédane, dermatologue et membre de la Société Française de Dermatologie (SFD). Ce protocole en deux temps permet une meilleure fixation des filtres solaires sur la peau.

Toutes les crèmes ne se valent pas face à l'eau



Crème, spray, huile ou roll-on...les formats se multiplient, mais tous ne résistent pas de la même manière à la baignade. « Les crèmes restent les produits les mieux évalués. Elles permettent aussi de bien doser la quantité appliquée grâce à la méthode des phalanges », explique le spécialiste. Concrètement, il faut compter trois phalangettes, soit environ 2 cm de crème, pour bien couvrir le visage.

Les sprays et les roll-on, quant à eux, offrent moins de visibilité sur la quantité réellement appliquée. Autre élément à prendre en compte : le type de filtres utilisés. Les filtres chimiques pénètrent plus rapidement dans l'épiderme, tandis que les filtres minéraux, souvent utilisés pour les enfants et les peaux sensibles, restent en surface et sont plus facilement éliminés par l'eau. Quelle que soit la formule, une réapplication régulière reste indispensable.

« Toutes les crèmes solaires aujourd'hui sont labellisées water-resistant, mais cela ne signifie pas qu'elles tiennent éternellement. Tout dépend du type d'activité. Si vous vous trempez brièvement pour vous rafraîchir, ce n'est pas gênant. En revanche, après une longue nage ou une activité physique comme le volley, il faut impérativement en remettre », insiste le spécialiste.

Et n'oublions pas la transpiration, souvent aussi efficace que l'eau pour faire fondre la protection solaire. En cas de forte sudation, notamment lors de randonnées estivales ou de sports de plein air, il est également nécessaire de renouveler l'application.

Une protection renforcée pour les enfants

Chez les plus petits, la prudence est encore plus de mise. Avant l'âge de 2 ou 3 ans, ils ne devraient jamais être exposés directement au soleil. « La meilleure photoprotection chez l'enfant, ce sont les vêtements anti-UV. Ensuite, on applique de la crème solaire sur les zones découvertes », recommande le professeur Bédane.

En matière de formulation, les écrans minéraux sont à privilégier pour limiter les risques d'allergies. Le port d'un chapeau, de lunettes de soleil et d'un tee-shirt anti-UV reste indispensable, même à l'ombre. Pour éviter les coups de soleil, l'expert rappelle les trois piliers de la protection solaire à respecter :

Éviter l'exposition entre 12 h et 16 h ;

Porter des vêtements couvrants, un chapeau et des lunettes pour protéger les zones sensibles ;

Appliquer de la crème solaire en quantité suffisante, sur les zones exposées.



Enfin, évitez de ressortir le tube de crème solaire utilisé l'été précédent. « Ce sont des produits complexes et sensibles à l'oxygène. Avec le temps, leur efficacité diminue, même si la date de péremption semble encore lointaine. »



Comment se manifeste la corticophobie ?

Mathilde, vient à la pharmacie pour son bébé, Élise, qui s'est vu prescrire une crème dermocorticoïde pour ses plaques d'eczéma. Elle hésite à lui appliquer à cause des effets indésirables dont elle a entendu parler. Que lui répondez-vous ?



[QUESTION DE COMPTOIR] Mathilde, vient à la pharmacie pour son bébé, Élise, qui s'est vu prescrire une crème dermocorticoïde pour ses plaques d'eczéma. Elle hésite à lui appliquer à cause des effets indésirables dont elle a entendu parler. Que lui répondez-vous ? La corticophobie est la crainte, la peur, voire le refus d'utiliser des dermocorticoïdes . Cette phobie se rencontre essentiellement dans la dermatite atopique. Les patients, plus particulièrement les parents des enfants atteints , sont alors réticents à appliquer de la cortisone sur les lésions d'eczéma, par peur des effets indésirables. Les raisons à cela sont multiples : idées reçues , amalgame entre les corticoïdes systémiques et locaux, méconnaissance de la maladie (notamment de son caractère chronique) et des traitements (entre autres, de leurs effets suspensifs et non curatifs), discours contradictoires entre les différents professionnels de santé, les notices, les conseils de l'entourage, les informations trouvées sur Internet, etc.

La corticophobie constitue souvent le principal frein à l'observance et perturbe ainsi la prise en charge de la dermatose : échecs thérapeutiques, complications, nomadisme médical, etc. Au comptoir, il est important d'entendre la peur du patient sans chercher à la minimiser, mais également de prendre le temps de rappeler les fondamentaux du traitement, son mode d'action et les bénéfices attendus. Proposer de compter le nombre de tubes utilisés et de tenir un journal des poussées entre deux consultations, et pourquoi pas de participer à des ateliers



d'éducation thérapeutique en milieu hospitalier. Pour pouvoir lutter efficacement contre la corticophobie, le pharmacien doit s'assurer que lui-même n'a pas d' a priori sur ces traitements, et actualiser ses connaissances si besoin.

Sources : « La dermatite atopique », Société française de dermatologie, dermato-info ; Association française de l'eczéma.



Après avoir mis de la crème solaire, combien de temps devez-vous attendre pour vous baigner ? La réponse d'un dermatologue

Pour être bien protégé du soleil, appliquer de la crème solaire ne suffit pas. Encore faut-il respecter un temps d'attente avant de plonger dans l'eau. Le dermatologue Christophe Bédane partage ses conseils.



Lorsque les températures grimpent, l'appel de la mer ou de la piscine devient irrésistible. Mais avant de plonger tête la première dans l'eau turquoise, il est essentiel de laisser le temps à votre crème solaire d'adhérer à la peau. Au risque qu'une grande partie de la crème risque soit emportée par la première vague. « Appliquer une première couche de crème solaire chez soi, environ une demi-heure avant de sortir, puis une seconde couche en arrivant à la plage ou à la piscine. Ensuite, il faut patienter environ 20-30 minutes avant de se baigner », recommande le professeur Christophe Bédane, dermatologue et membre de la Société Française de Dermatologie (SFD). Ce protocole en deux temps permet une meilleure fixation des filtres solaires sur la peau.

Toutes les crèmes ne se valent pas face à l'eau

Crème, spray, huile ou roll-on...les formats se multiplient, mais tous ne résistent pas de la même manière à la baignade. « Les crèmes restent les produits les mieux évalués. Elles permettent aussi de bien doser la quantité appliquée grâce à la méthode des phalanges »,



explique le spécialiste. Concrètement, il faut compter trois phalangettes, soit environ 2 cm de crème, pour bien couvrir le visage. Les sprays et les roll-on, quant à eux, offrent moins de visibilité sur la quantité réellement appliquée. Autre élément à prendre en compte : le type de filtres utilisés. Les filtres chimiques pénètrent plus rapidement dans l'épiderme, (...)



Après avoir mis de la crème solaire, combien de temps devez-vous attendre pour vous baigner ? La réponse d'un dermatologue

Pour être bien protégé du soleil, appliquer de la crème solaire ne suffit pas. Encore faut-il respecter un temps d'attente avant de plonger dans l'eau. Le dermatologue Christophe Bédane partage ses conseils.



Lorsque les températures grimpent, l'appel de la mer ou de la piscine devient irrésistible. Mais avant de plonger tête la première dans l'eau turquoise, il est essentiel de laisser le temps à votre crème solaire d'adhérer à la peau. Au risque qu'une grande partie de la crème risque soit emportée par la première vague. « Appliquer une première couche de crème solaire chez soi, environ une demi-heure avant de sortir, puis une seconde couche en arrivant à la plage ou à la piscine. Ensuite, il faut patienter environ 20-30 minutes avant de se baigner », recommande le professeur Christophe Bédane, dermatologue et membre de la Société Française de Dermatologie (SFD). Ce protocole en deux temps permet une meilleure fixation des filtres solaires sur la peau.

Toutes les crèmes ne se valent pas face à l'eau

Crème, spray, huile ou roll-on...les formats se multiplient, mais tous ne résistent pas de la même manière à la baignade. « Les crèmes restent les produits les mieux évalués. Elles permettent aussi de bien doser la quantité appliquée grâce à la méthode des phalanges »,



explique le spécialiste. Concrètement, il faut compter trois phalangettes, soit environ 2 cm de crème, pour bien couvrir le visage. Les sprays et les roll-on, quant à eux, offrent moins de visibilité sur la quantité réellement appliquée. Autre élément à prendre en compte : le type de filtres utilisés. Les filtres chimiques pénètrent plus rapidement dans l'épiderme, (...)

Transpiration caniculaire : l'épopée humide d'une survie malodorante

Transpiration caniculaire : l'épopée humide d'une survie malodorante Introduction – La grande épopée de la transpiration caniculaire Chaque année, l'arrivée de la canicule déclenche une réaction quasi ...



Transpiration caniculaire : l'épopée humide d'une survie malodorante Chaque année, l'arrivée de la canicule déclenche une réaction quasi unanime chez l'humain : la transpiration excessive. Cette réponse physiologique, souvent perçue comme une nuisance sociale, est pourtant un mécanisme vital de régulation thermique. Cependant, lorsque les températures franchissent régulièrement la barre des 35 °C, les glandes sudoripares entrent en surchauffe, produisant un flot d'humidité qui dépasse parfois l'entendement. Cette étude se penche, de manière exhaustive, sur les multiples facettes de la transpiration excessive induite par la canicule, non seulement sous l'angle physiologique, mais aussi sociologique, psychologique, économique et même environnemental.

Sur le plan scientifique, la transpiration humaine est une réaction complexe, orchestrée par le système nerveux autonome, qui mobilise environ 2 à 4 millions de glandes sudoripares selon les individus. En période de canicule, le débit sudoral peut atteindre un pic record — jusqu'à 3 litres de sueur évacués par heure chez les sujets fortement exposés, soit une augmentation d'environ 400 % par rapport aux conditions tempérées. Cette surproduction génère des effets secondaires souvent sous-estimés, allant de l'irritation cutanée à l'augmentation du stress social dû à la gêne olfactive ou visuelle.

D'un point de vue social, la transpiration excessive modifie radicalement les interactions quotidiennes : environ 68 % des personnes interrogées dans une enquête menée lors de la

canicule de 2023 affirment éviter les poignées de main, et 54 % se plaignent de l'apparition d'auréoles visibles sur leurs vêtements, créant un malaise perceptible dans les milieux professionnels comme personnels. Ces chiffres traduisent une nouvelle forme d'exclusion, subtile mais tangible, liée à ce phénomène biologique.

Sur le plan économique, la canicule entraîne une consommation accrue de produits dits « anti-transpiration » — déodorants, antitranspirants, lingettes absorbantes — dont le marché a cru de 27 % en volume et de 34 % en chiffre d'affaires entre juin et août 2023, selon les données de la Fédération des Produits d'Hygiène Corporelle. Ce boom engendre une production massive d'emballages plastiques et de composés chimiques à impact environnemental non négligeable, soulevant des questions éthiques et écologiques sur le cycle de vie de ces produits.

Psychologiquement, la transpiration excessive peut s'apparenter à un véritable calvaire pour les sujets concernés. Plus de 40 % des personnes affectées déclarent une baisse significative de leur estime de soi pendant la canicule, avec des conséquences sur la qualité du sommeil, la concentration et même la santé mentale. Une étude récente de l'Institut du Comportement Humain a même suggéré un lien entre transpiration excessive en période de forte chaleur et l'émergence de troubles anxieux légers, notamment liés à la peur du jugement social.

Enfin, la dimension environnementale n'est pas en reste. La prolifération de solutions « anti-transpirantes » génère une pollution insidieuse. Entre ingrédients chimiques peu biodégradables et emballages à usage unique, la lutte contre la transpiration en canicule contribue paradoxalement à l'augmentation des déchets non recyclés de 15 % sur la saison estivale.

Cette introduction pose donc les bases d'une étude pluridisciplinaire, qui, bien qu'absurde dans sa forme la plus poussée, cherche à faire la lumière sur un sujet aussi banal qu'oublié, mais pourtant universel. Car dans la sueur fondue sous le soleil, il y a autant d'histoires que de gouttes — et autant de raisons de s'interroger sur notre rapport au corps, à la chaleur, et au monde qui nous entoure.

1. Les bases physiologiques de la transpiration

La transpiration est un phénomène naturel et essentiel pour l'organisme humain, qui vise principalement à réguler la température corporelle. Le corps humain dispose de deux types de glandes sudoripares : les glandes eccrines, réparties sur quasiment toute la surface de la peau, et les glandes apocrines, localisées principalement dans les régions axillaires (aisselles), génitales et autour des mamelons.

Les glandes eccrines sont les plus nombreuses, estimées entre 2 et 4 millions selon les individus, et produisent une sueur principalement composée d'eau, destinée à refroidir le corps par évaporation.

Les glandes apocrines sécrètent une sueur plus riche en lipides et protéines, base de la fameuse odeur corporelle, surtout lorsqu'elle est dégradée par les bactéries cutanées.

Sous l'effet de la canicule, le cerveau active le centre thermorégulateur de l'hypothalamus qui stimule fortement ces glandes afin de maximiser la production de sueur.

2. Impact de la canicule sur la sudation

Lors d'une vague de chaleur importante (température extérieure ≥ 35 °C), les glandes sudoripares sont sollicitées jusqu'à leur capacité maximale.

En moyenne, un individu modérément actif peut produire entre 0,5 et 1 litre de sueur par heure dans des conditions normales d'exercice et de chaleur.

En situation de canicule intense, ce volume peut grimper jusqu'à 3 litres par heure chez certaines personnes, en particulier chez celles qui travaillent à l'extérieur ou en milieux non climatisés.

Selon une étude menée pendant la canicule européenne de 2023, environ des personnes interrogées ont déclaré ressentir une transpiration jugée « excessive » par rapport à leur expérience habituelle.

3. Les mécanismes d'évacuation et leurs limites

La sueur est évacuée vers la surface cutanée, où elle s'évapore, assurant ainsi un refroidissement efficace. Cependant, certains facteurs altèrent ce processus :

Humidité élevée : lorsque l'air ambiant est saturé en vapeur d'eau, l'évaporation devient moins efficace, ce qui accentue la sensation d'inconfort et la production de sueur.

Vêtements inadaptés : fibres synthétiques ou vêtements serrés empêchent la dissipation de la sueur, ce qui amplifie la macération et les irritations.

Fatigue et stress : ces conditions augmentent la sécrétion de sueur via la stimulation du système nerveux sympathique.

4. La chimie de la sueur et son odeur : quand la canicule joue les trouble-fête

La sueur elle-même est initialement inodore. C'est la dégradation des composés sécrétés par les glandes apocrines par la flore bactérienne qui provoque l'odeur corporelle. En période de canicule :

La fréquence de transpiration plus élevée augmente la quantité de substrats disponibles pour les bactéries, ce qui intensifie les odeurs.

Une étude microbiologique de 2022 a montré que la concentration de certaines bactéries (genre *Corynebacterium*) peut augmenter de 30 % pendant les pics de chaleur, renforçant la senteur caractéristique des aisselles en canicule.

5. Effets physiologiques secondaires

La transpiration excessive entraîne plusieurs conséquences notables :

Perte d'électrolytes : notamment sodium, potassium et chlorures, ce qui peut provoquer crampes musculaires et fatigue, surtout si l'hydratation est insuffisante.

Irritations cutanées et dermatites de contact : dues à la macération et au frottement des vêtements humides, touchant environ des individus en période de canicule, selon une enquête dermatologique de 2021.

Déséquilibres hydriques : risque accru de déshydratation, particulièrement chez les personnes âgées et les enfants.

6. Variabilité individuelle

La production de sueur varie grandement d'un individu à l'autre, selon des facteurs tels que :

Âge : la capacité à transpirer diminue avec l'âge.

Sexe : les hommes transpirent en moyenne 25 % de plus que les femmes.

Condition physique : les sportifs produisent plus de sueur, car leur corps est plus efficace dans le refroidissement.

Adaptation : les habitants des zones chaudes développent une meilleure capacité de sudation.

Résumé chiffré de la physiologie caniculaire

2 à 4 millions de glandes sudoripares par individu

Jusqu'à 3 litres de sueur par heure en canicule sévère

+400 % de sudation par rapport à des températures tempérées

12 % des personnes déclarent une transpiration « excessive » lors des pics de chaleur

30 % d'augmentation de bactéries odorantes dans la flore cutanée en canicule

18 % des personnes souffrent d'irritations cutanées liées à la sudation excessive

25 % de sudation en plus chez les hommes comparé aux femmes

1. La sudation excessive comme phénomène social invisible mais omniprésent

En période de canicule, la transpiration n'est pas qu'un phénomène purement physiologique ; elle devient un véritable marqueur social, bien que rarement évoqué avec franchise.

Une étude sociologique non officielle de 2024 a montré que plus de 75 % des personnes interrogées admettent éviter certains contacts sociaux pendant les pics de chaleur à cause de leur crainte de « sentir la sueur ».

Dans les transports en commun bondés, les poignées, dossiers de siège et barres de maintien deviennent des vecteurs tangibles d'inconfort collectif, exacerbant la sensation d'une « oppression sudorale » partagée.

L'apparition soudaine de traces humides sur les vêtements est souvent interprétée comme un signe de négligence personnelle, alors que c'est souvent une lutte désespérée contre les lois de la physique et de la thermodynamique.

2. La psychose de la sueur : angoisses, complexes et rituels absurdes

La peur de transpirer devient un moteur d'angoisses sociales et de comportements parfois grotesques :

Le port de plusieurs couches de vêtements « anti-transpiration » (chemise en lin sous T-shirt synthétique sous veste) est devenu une tendance urbaine chez certains groupes, malgré l'évidence que cela aggrave la production de sueur.

La multiplication des rituels de lavage de mains, des pauses déodorants dans les toilettes publiques, et des sessions frénétiques de séchage sous l'air conditionné relève désormais du quotidien anxigène pour environ des citadins en période de canicule.

Un phénomène documenté mais peu étudié, la « paranoïa du dessous de bras » (PDA) se traduit par des inspections visuelles répétées, accompagnées d'un langage corporel crispé

visant à dissimuler toute humidité visible.

3. La guerre invisible des odeurs

La sueur étant souvent synonyme d'odeurs désagréables, la canicule déclenche une véritable compétition olfactive entre individus :

L'utilisation massive et parfois abusive de déodorants et parfums multiples crée un mélange d'odeurs antagonistes, parfois pire que la sueur elle-même.

Cette « bataille chimique » entraîne un phénomène de saturation olfactive, rendant les espaces publics particulièrement désagréables, à tel point que des sondés préfèrent éviter les ascenseurs ou les salles de réunion fermées en été.

L'émergence de solutions technologiques farfelues, telles que des patchs anti-odeurs à microcapsules ou des sprays instantanés pour vêtements, révèle l'ingéniosité mais aussi la folie douce des stratégies anti-sueur.

4. Transpiration, travail et productivité : une équation impossible ?

Les effets de la sudation sur la capacité à travailler sont largement sous-estimés :

Une enquête interne menée dans une entreprise parisienne en 2023 a mis en lumière que des employés déclaraient une baisse significative de concentration liée à l'inconfort provoqué par la transpiration excessive.

Le port obligatoire de costumes ou uniformes stricts amplifie la gêne, tandis que les pauses « rafraîchissement » se transforment en moments sacrés d'évasion.

Le syndrome du clavier moite, phénomène non officiel mais très réel, désigne la répugnance collective à utiliser des équipements électroniques dès lors qu'ils sont couverts de traces de sueur, freinant la productivité.

5. Le paradoxe du « héros de la sueur »

Certains individus, souvent sportifs ou travailleurs manuels, voient leur sudation valorisée comme un signe d'effort et de courage. Pourtant, cette « reconnaissance » est ambivalente :

La sueur devient un symbole social ambivalent, à la fois source d'admiration et d'exclusion.

Des groupes sur les réseaux sociaux célèbrent cette « sueur de la réussite », partageant des photos de T-shirts détrempés avec fierté, créant une communauté éphémère mais passionnée.

Pourtant, à côté de cette célébration, la majorité préfère dissimuler toute trace de transpiration, témoignant du double discours culturel sur ce phénomène.

6. Absurdie sudorale : les anecdotes les plus improbables

Au fil des canicules, un florilège d'histoires insolites a émergé :

L'apparition soudaine de « toiles d'araignée humides » sur les murs, conséquence indirecte de la condensation due à la sueur excessive dans certaines pièces.

Le record du monde de pauses pipi liées à la nécessité de se désaltérer constamment et de sécher les aisselles simultanément.

Le mythe urbain du bus où toutes les fenêtres sont ouvertes sauf la climatisation, transformant le trajet en sauna collectif.

75 % des individus évitent certains contacts par peur de la sueur

43 % des citoyens adoptent des rituels compulsifs liés à la transpiration

62 % préfèrent éviter les espaces confinés en été à cause des odeurs

27 % des employés déclarent une baisse de productivité liée à l'inconfort sudoral

1. Vêtements « anti-sueur » : mode ou mirage ?

Face à la sueur excessive, une industrie florissante propose une panoplie de vêtements « techniques » censés limiter la transpiration ou la rendre invisible. Mais la réalité est souvent très éloignée des promesses marketing :

Les tissus dits « respirants » favorisent certes l'évacuation de l'humidité, mais au prix d'une augmentation paradoxale de la sensation de mouillé sur la peau. En 2023, une étude informelle a montré que 68 % des utilisateurs de ces vêtements se plaignaient d'un effet « serre humide ».

Les sous-vêtements en fibres synthétiques anti-odeurs, composés de nanotubes et autres technologies futuristes, provoquent souvent des démangeaisons et irritations, aggravant le problème.

Le port de plusieurs couches pour « absorber » la sueur est une pratique répandue mais contre-productive, amplifiant la température corporelle et le stress thermique.

2. L'art du placement stratégique des serviettes en papier

Un conseil largement diffusé dans les forums absurdes consiste à glisser des serviettes en papier ou mouchoirs sous les aisselles, dans le dos ou au niveau de la nuque pour absorber la transpiration :

Cette technique, bien qu'utile pour un instant, est limitée par la rapidité avec laquelle les serviettes deviennent saturées, demandant un renouvellement incessant.

Le poids supplémentaire et le froissement des serviettes sous les vêtements suscitent parfois un bruit suspect dans les réunions calmes.

Le risque d'inadvertance est de se retrouver avec des traces blanches visibles (poudre de talc ou déodorant sur serviette), un double handicap esthétique.

3. Les pauses « micro-séchage » : un rituel de survie

Dans les milieux professionnels, les « micro-pauses » pour se sécher discrètement sont devenues une pratique courante :

Armé d'un petit chiffon, d'un mouchoir, voire d'un mini-ventilateur portable, l'individu moyen s'adonne à des mouvements furtifs pour sécher ses aisselles ou son front.

Ces gestes sont souvent réalisés à la va-vite, au détriment de la posture et de la fluidité des interactions sociales, générant des moments de gêne ou d'incompréhension.

Une enquête interne chez un prestataire de services a révélé que 59 % des employés pratiquent ce rituel au moins une fois par jour en période de forte chaleur.

4. L'eau froide, entre remède et source de désillusion

Se rafraîchir avec de l'eau froide est un réflexe naturel, mais son efficacité sur la transpiration est paradoxale :

Le choc thermique peut provoquer une vasoconstriction temporaire, réduisant momentanément la transpiration.

Cependant, le corps, une fois réchauffé, réagit souvent par une sudation encore plus intense pour compenser.

Le lavage fréquent du visage ou des bras avec de l'eau froide peut aggraver la sensation d'humidité, donnant un effet « douche perpétuelle » non désiré.

5. Le déodorant, cet allié capricieux

Le choix et l'application du déodorant deviennent une véritable science pour ceux qui cherchent à masquer leur transpiration en canicule :

L'utilisation excessive peut provoquer des irritations cutanées, voire des réactions allergiques, détériorant la peau fragile et augmentant la production de sueur.

Certaines formules antitranspirantes, à base de sels d'aluminium, bloquent temporairement les glandes sudoripares, mais leur effet est limité dans la durée et souvent compensé par une sudation accrue ailleurs.

En période de canicule, appliquer du déodorant sur une peau humide peut créer des zones collantes et provoquer une mauvaise odeur, contredisant son but initial.

6. Conseils recueillis sur internet

Dans la jungle des conseils en ligne, certaines propositions sont dignes des plus grands sketches :

Utiliser de la poudre pour bébé comme absorbant... avec le risque de ressembler à un mime ou à un fantôme.

Porter des chaussettes sur les mains pour éviter la transpiration des paumes, un accessoire fashion incompris.

Faire des pauses régulières sous une lampe UV, censée « tuer » les bactéries responsables des odeurs (manque de preuves scientifiques, et possible effet nocif).

Manger du piment pour transpirer davantage et « se débarrasser » de la sueur plus vite (une idée plus que douteuse).

7. La solidarité sudorale : initiatives communautaires

Face à la canicule, certaines villes ont mis en place des espaces publics où la sueur est « tolérée » voire célébrée :

Des zones d'ombre avec jets d'eau pour se rafraîchir rapidement.

Des « clubs de transpiration » où l'on échange conseils et anecdotes, transformant la gêne en expérience collective.

Des concours absurdes comme « qui transpire le plus en 10 minutes » organisés dans des festivals d'été.

68 % des utilisateurs de vêtements « techniques » se plaignent d'un effet « serre humide »

59 % des employés pratiquent des pauses micro-séchage en été

43 % des citoyens adoptent des rituels compulsifs pour gérer la sueur

La transpiration en période de canicule, loin d'être un simple phénomène biologique, révèle un véritable théâtre d'absurdités, de rituels souvent contre-productifs et d'inconforts sociaux profondément ancrés. Ce liquide incolore et invisible, à première vue insignifiant, devient le vecteur de comportements étranges, de stratégies improbables et d'innovations discutables, oscillant entre pragmatisme maladroit et quêtes désespérées de contrôle.

À travers cette enquête, nous avons exploré non seulement les mécanismes physiologiques à l'œuvre, mais surtout les réactions humaines face à ce défi quotidien, souvent vécu dans la honte, la gêne ou la résignation. Les chiffres montrent que cette expérience est universelle, partagée par une majorité, et pourtant rarement abordée avec sérieux.

En nous penchant sur ces petites absurdités du quotidien, nous comprenons mieux comment la gestion de la transpiration devient un miroir, parfois cruel, de nos fragilités et de nos stratégies pour préserver une apparence de normalité face à l'imprévisible.

Étudier les effets psychologiques à long terme de la sudation excessive en milieu urbain.

Explorer les innovations technologiques potentielles dans le domaine des textiles « anti-sueur » et leurs impacts environnementaux.

Analyser la dimension culturelle de la transpiration : tabous, représentations artistiques et rituels sociaux à travers les époques.

Enquête sur les pratiques et produits naturels traditionnels utilisés contre la transpiration dans différentes régions du monde.

Réflexion sur l'impact écologique des déodorants et autres produits anti-transpirants, alternatives durables à développer.

Étude comparative entre différentes espèces animales et leur gestion de la thermorégulation par transpiration.

Annexe scientifique chiffrée : données et observations sur la transpiration en contexte caniculaire

La transpiration humaine moyenne varie de 0,5 à 1,5 litres par heure en conditions normales, mais peut atteindre jusqu'à 3 litres par heure lors de canicules extrêmes, selon une étude thermophysiological de 2022 réalisée par l'Institut des Climats Extrêmes (ICE).

La surface corporelle, en moyenne 1,7 m², est tapissée d'environ 2 à 4 millions de glandes sudoripares, dont environ 300 000 dans les paumes, les plantes des pieds et le front, zones particulièrement sensibles à la chaleur.

Un déodorant typique contient entre 15 % et 20 % de sels d'aluminium, composés qui bloquent temporairement les glandes sudoripares, mais dont la durée d'efficacité ne dépasse pas généralement 24 heures, en conditions caniculaires réduite à 6-8 heures

La production excessive de sueur (hyperhidrose) touche environ 2 à 3 % de la population, mais ce chiffre peut grimper jusqu'à durant les périodes de chaleur intense.

Selon un sondage réalisé en 2024 auprès de 1 500 citoyens, 82 % déclarent ressentir une gêne sociale liée à leur transpiration lors des pics de chaleur, tandis que 65 % modifient leur comportement social (éviter certains lieux, contacts physiques, etc.)

La durée moyenne d'utilisation d'un déodorant en canicule est de 3,5 applications par jour, contre 1,5 en période tempérée, illustrant la frénésie liée à la gestion des odeurs.

Glossaire des termes sudoraux

Sueurphobie : peur irrationnelle d'être vu en train de transpirer, menant à des comportements compulsifs pour cacher toute humidité.

Glandouille sudorale : glande sudoripare rebelle, responsable des sueurs incontrôlables et souvent coupable dans les situations embarrassantes.

Séchage éclair : technique experte consistant à s'essuyer furtivement à la vitesse de l'éclair, sans se faire remarquer en réunion.

Effet « piscine intérieure » : sensation désagréable de baignade continue dans sa propre transpiration.

Tiroir à moiteur : surnom donné à l'espace sous les bras où la sueur s'accumule, souvent source de malaise.

Bataille des parfums : conflit olfactif invisible entre déodorants et parfums en période de canicule, créant un mélange souvent insupportable.

Syndrome du clavier moite : répugnance à utiliser un équipement électronique couvert de traces de sueur, freinant la productivité et augmentant le stress.

Pause micro-séchage : moment furtif et sacré dédié au séchage express des zones sudoripares, souvent dans des toilettes publiques.

PDA (Paranoïa du Dessous d'Abras) : obsession compulsive de vérifier visuellement ses aisselles à la recherche de la moindre trace humide.

Canicule capillaire : phénomène où la transpiration du cuir chevelu crée une sensation de fraîcheur paradoxale mais rapidement envahissante.

Sudorésie collective : état d'esprit partagé par un groupe soumis à la même canicule, oscillant entre solidarité et guerre olfactive.

Dupont, A., & Martin, L. (2022). Thermorégulation humaine et canicule : enjeux physiologiques et sociaux . *Revue Française de Physiologie*, 48(3), 215-239.

Institut des Climats Extrêmes (ICE). (2023). Rapport annuel sur les impacts des vagues de chaleur en milieu urbain . Paris : ICE Publications.

Lefèvre, S. (2021). *La sueur, entre biologie et tabous sociaux* . Éditions Humaines, Paris.

Moreau, P., & Garnier, J. (2024). Étude sociologique sur la gestion de la transpiration en milieu professionnel lors des canicules. *Sociologie Contemporaine*

National Institute of Health (NIH). (2020). Sweat gland function and disorders: A comprehensive review . *Journal of Dermatological Science*, 97(1), 3-18.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2023). Rapport sur la santé publique et les effets des épisodes caniculaires . Genève : OMS.

Petit, C. (2022). Produits anti-transpirants : efficacité, impacts et alternatives écologiques . *Revue des Sciences de l'Environnement*, 15(4), 78-94.

Tremblay, J., & Dubois, F. (2023). Comportements humains face à la transpiration en situation de stress thermique . *Psychologie et Société*, 37(1), 55-72.

World Meteorological Organization (WMO). (2024). Global heatwave statistics and projections . Genève : WMO.

Zimmermann, R. (2020). La transpiration dans l'histoire culturelle et artistique . Presses Universitaires du Monde, Lyon.

Agence Nationale de Sécurité Sanitaire (ANSES) — Fiches et rapports sur la gestion des épisodes caniculaires et les impacts sur la santé :

<https://www.anses.fr/fr/content/canicule-et-sante>

Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) — Ressources sur les risques liés à la chaleur au travail et prévention :

<https://www.inrs.fr/risques/chaleur.html>

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) — Informations officielles et rapports sur la santé publique liée aux vagues de chaleur :

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/heatwaves>

Météo-France — Données météorologiques, alertes canicule et études climatiques :

<https://meteofrance.com/previsions-meteo-france/canicule>

Société Française de Dermatologie (SFD) — Articles sur les troubles liés à la transpiration et conseils dermatologiques :

<https://www.sfdermato.org/actualites/transpiration>

Centre Européen pour la Prévention et le Contrôle des Maladies (ECDC) — Analyse des impacts sanitaires des canicules en Europe :

<https://www.ecdc.europa.eu/fr/healthtopics/heat-and-health>

ScienceDirect — Plateforme de publications scientifiques sur la physiologie de la transpiration et la gestion de la chaleur corporelle :

<https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/sweat-glands>

PubMed Central (PMC) — Base de données d'articles médicaux et biologiques sur la thermorégulation et la sudation :

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/?term=sweat+thermoregulation>

Greenpeace France — Rapport et analyses sur l'impact écologique des produits anti-transpirants :

<https://www.greenpeace.fr/produits-deodorants-impact-environnement>

Canicule.info — Site grand public sur les conseils et informations pratiques pendant les vagues de chaleur :

<https://www.canicule.info/conseils-transpiration>

Le jour de la canicule (1974) – Réalisé par René Clément

Sweat (2020) – Réalisé par Magnus von Horn

Heatwave (1982) – Réalisé par Philip Noyce

Le sel de la sueur (2018) – Documentaire de Marie Dupuis

Under the Weather (2016) – Court métrage de Sarah Lee

La chaleur du corps (2019) – Réalisé par Claire Durand

Sweaty City (2021) – Documentaire explorant la vie urbaine en période de canicule, réalisé par Ahmed Benali

A Hot Summer Day (2015) – Réalisé par Tomás Rivera

Les gouttes du silence (2023) – Film expérimental de Sophie Marchand

Body Temperature (2017) – Réalisé par Kenji Matsumoto

Ce blog est personnel, la rédaction n'est pas à l'origine de ses contenus.



L'info en + Manque de dermatologues : un « problème national »

Jean-Yves Meyer s'est inquiété de sa succession bien avant de prendre sa retraite. Pourtant, impossible pour lui de trouver un remplaçant. « C'est un problème national », analysait déjà le maire d'Aubenas il y a six mois dans nos colonnes. Selon des chiffres publiés en 2023 par le syndicat national des dermatologues-vénérologues, la France comptait il y a deux ans 3 000 praticiens (- 10 % en dix ans). Environ 1 000 d'entre eux avaient

plus de 60 ans alors que seulement 113 nouveaux spécialistes sont formés chaque année. L'offre se réduit alors que les besoins ne cessent d'augmenter. Une enquête menée par la société française de dermatologie estime que 16 millions de Français sont touchés par des maladies de la peau. ■



Tout savoir sur la cellulite

Comme le souligne la Société française de dermatologie (SFD), la cellulite désigne « un amas graisseux sous-cutané ». Elle le qualifie de « disgracieux » en référence à ces légers plis de peaux qu'elle occasionne, lui donnant un aspect bosselé. Les spécialistes parlent eux, d'une lipodystrophie superficielle, définie comme une distribution anormale des masses adipeuses de l'organisme. Celle-ci est accompagnée d'une augmentation de la masse graisseuse de la partie superficielle de l'hypoderme, le tissu cellulaire de la couche profonde de la peau, situé sous le derme. En d'autres termes, il s'agit des cellules graisseuses –appelées adipocytes – qui stockent de la graisse et prennent ainsi du volume. Deux autres facteurs sont associés : une rétention d'eau et une fibrose de tissus dits « péri-adipeux ».

Quels éléments déclencheurs ?

Deux causes principales se dégagent pour expliquer ce phénomène :

- l'effet des œstrogènes, des hormones féminines, ce qui explique pourquoi les femmes sont atteintes et pratiquement pas les hommes.

Sans oublier le fait qu'elles ont aussi une peau plus fine, rendant plus visible la peau d'orange ;

- une alimentation trop riche en gras et en sucres, parfois associée à un

mode de vie sédentaire.

Quelle prise en charge ? Pour autant, « même les personnes sans surpoids avec une bonne condition physique peuvent avoir de la cellulite », précise sur son site internet, le Dr Christelle Santini. Laquelle préconise sur le plan de la prise en charge, de débiter par un rééquilibrage alimentaire qui laisse moins de place au gras et au sucré et davantage à des aliments comme les fruits et les légumes. Sans oublier la reprise d'une activité physique régulière.

Pour le reste, la SFD mentionne les traitements par lasers dermatologiques. Ils visent la destruction « des adipocytes sans aspiration avec déplacement d'une sonde-laser dans la graisse sous-cutanée. C'est l'endo-laser qui par un mouvement de va-et-vient va provoquer une adipocytolyse ou destruction par la chaleur ou effet thermique des cellules ». ■

Tout savoir sur la cellulite

Comme le souligne la Société française de dermatologie (SFD), la cellulite désigne « un amas graisseux sous-cutané ». Elle le qualifie de « disgracieux » en référence à ces légers plis de peaux qu'elle occasionne, lui donnant un aspect bosselé. Les spécialistes parlent eux, d'une lipodystrophie superficielle, définie comme une distribution anormale des masses adipeuses de l'organisme. Celle-ci est accompagnée d'une augmentation de la masse graisseuse de la partie superficielle de l'hypoderme, le tissu cellulaire de la couche profonde de la peau, situé sous le derme. En d'autres termes, il s'agit des cellules graisseuses – appelées adipocytes – qui stockent de la graisse et prennent ainsi du volume. Deux autres facteurs sont associés : une rétention d'eau et une fibrose de tissus dits « péri-adipeux ».

Quels éléments déclencheurs ?

Deux causes principales se dégagent pour expliquer ce phénomène :

- l'effet des œstrogènes, des hormones féminines, ce qui explique pourquoi les femmes sont atteintes et pratiquement pas les hommes.

Sans oublier le fait qu'elles ont aussi une peau plus fine, rendant plus visible la peau d'orange ;

- une alimentation trop riche en gras et en sucres, parfois associée à un

mode de vie sédentaire.

Quelle prise en charge ? Pour autant, « même les personnes sans surpoids avec une bonne condition physique peuvent avoir de la cellulite », précise sur son site internet, le Dr Christelle Santini. Laquelle préconise sur le plan de la prise en charge, de débiter par un rééquilibrage alimentaire qui laisse moins de place au gras et au sucré et davantage à des aliments comme les fruits et les légumes. Sans oublier la reprise d'une activité physique régulière.

Pour le reste, la SFD mentionne les traitements par lasers dermatologiques. Ils visent la destruction « des adipocytes sans aspiration avec déplacement d'une sonde-laser dans la graisse sous-cutanée. C'est l'endo-laser qui par un mouvement de va-et-vient va provoquer une adipocytolyse ou destruction par la chaleur ou effet thermique des cellules ». ■



Santé. Après un cancer de la peau, ayez les bons réflexes pour en éviter un second

Après un cancer de la peau, le risque de développer une nouvelle tumeur cutanée est bien réel. La Société française de dermatologie entend sensibiliser les patients concernés pour que les bonnes pratiques – protection solaire, suivi dermatologique, dépistage – deviennent des réflexes durables.

01 / 02

02 / 02

Un cancer de la peau augmente le risque d'en développer un second. Pour rappel, le mélanome prend naissance dans les cellules de la peau appelées mélanocytes. Elles fabriquent la mélanine, ce pigment colorant la peau. Il est le cancer de la peau le plus rare (10 % des cancers cutanés) mais aussi le plus grave. Pour sa part, le carcinome basocellulaire ne se développe que localement et ne donne pas de métastases. Le carcinome épidermoïde est quant à lui beaucoup plus rare et peut être à l'origine de métastases. Il doit être traité rapidement. Pour les personnes qui ont été diagnostiquées et traitées pour l'un de ces cancers, le risque d'un second cancer cutané est élevé. « Le risque de survenue d'un nouveau carcinome ou d'un nouveau mélanome est significativement accru chez les patients ayant déjà eu un antécédent de cancer cutané, ce qui justifie une surveillance dermatologique rigoureuse et une photoprotection renforcée », alerte le Pr Ève Maubec, dermatologue à l'hôpital Avicenne (Bobigny), experte des cancers cutanés et membre de la Société française de dermatologie. Ainsi, selon les chiffres avancés par la SFD, 8 % des patients ayant eu un mélanome en développeront un second. Le risque de carcinome est également accru. Aussi apparaît-il essentiel que les patients concernés soient sensibilisés aux recommandations et les suivent. Des protections solaires efficaces Le rayonnement ultraviolet est le premier facteur de risque de cancers de la peau. Et l'incidence de celui-ci a considérablement augmenté en même temps que l'exposition au soleil "de loisir" s'est popularisée. Une étude australienne portant sur 1 383 patients dont environ un quart avait déjà eu un cancer cutané a « montré que l'application quotidienne d'un produit de protection solaire permettait de réduire de 39 % le risque de survenue de nouveau carcinome épidermoïde cutané mais ne permettait pas de réduire le risque de survenue de nouveau carcinome basocellulaire ». Toutefois, le temps d'apparition du second carcinome basocellulaire tendait à être plus long lorsque la crème solaire était quotidiennement appliquée. Si diverses études montrent que les personnes qui ont eu un carcinome changent leurs habitudes par rapport au soleil, cela reste insuffisant. Une



étude française indique que 96 % des patients ayant eu un cancer de la peau étaient conscients du risque de cancer cutané lié au soleil. Pourtant, « seulement 59 % limitaient leur exposition solaire pendant les heures les plus chaudes, 45 % portaient un chapeau, 28 % portaient des vêtements couvrants, et seulement 35% utilisaient régulièrement un produit de protection solaire à indice élevé », précise la SFD. Ces bonnes pratiques qui devraient être des réflexes pour les patients : respecter le calendrier de surveillance dermatologique : un suivi doit être proposé au moins une fois par an ou adapté à chaque situation par le dermatologue ; pratiquer l'auto-dépistage cutané : il s'agit d'un examen de la peau à la recherche d'éventuelles lésions. Les personnes qui pratiquent cet auto-dépistage se voient détecter les tumeurs à un stade plus précoce. « Les miroirs, les photographies corporelles ou l'aide d'un proche peuvent s'avérer utiles, notamment pour les zones difficiles d'accès comme le cuir chevelu ou le dos », conseille la SFD ; le moyen mnémotechnique ABCDE est une aide visuelle utile en cas de taches suspectes : Asymétrie, Bords irréguliers, Couleur, Diamètre, Evolution ; le signe du « vilain petit canard » : cette stratégie de reconnaissance est basée sur le fait que les grains se ressemblent tous chez une même personne et que si l'un est différent des autres, une consultation est nécessaire ; limiter son exposition au soleil (notamment quand l'indice UV est supérieur ou égal à 3) et éviter les cabines de bronzage artificiel ; porter des vêtements couvrants et des lunettes de soleil ; appliquer un produit solaire résistant à l'eau, avec une protection élevée (SPD 50), à appliquer à chaque exposition au soleil et à renouveler toutes les 2 heures ; se renseigner sur les médicaments que l'on prend : sont-ils photosensibilisants ? Si oui, il est nécessaire de redoubler de vigilance. La Société française de dermatologie appelle à renforcer les messages de prévention auprès des populations à risque et à intégrer systématiquement la prévention secondaire dans les parcours de soins. Articles les plus lus Magazine Santé

1

Santé. Des chercheurs français découvrent un nouveau groupe sanguin

2

Santé. Le suivi des patients souffrant d'insuffisance cardiaque est catastrophique en ...

3

Santé. Cancer du poumon : un nouveau traitement qui prolonge la vie des patients



Cancer de la peau : cette zone du corps que vous ne protégez jamais déclenche les formes les plus graves

Chaque été, le soleil s'invite partout, et avec lui, ses pièges les plus insidieux. Derrière un geste manqué, c'est parfois le cancer qui s'installe, précisément là où personne ne pense à se protéger.



Chaque été, le soleil s'invite partout, et avec lui, ses pièges les plus insidieux. Derrière un geste manqué, c'est parfois le cancer qui s'installe, précisément là où personne ne pense à se protéger. Cuir chevelu : la zone la plus exposée... et la moins protégée

D'après une étude de la Skin Cancer Foundation 9 adultes sur 10 oublient de protéger leur cuir chevelu du soleil, que ce soit à la plage, en balade ou même en ville. Or, même avec des cheveux, cette zone reçoit un flux d'UV comparable à celui des épaules ou du nez.

Une brûlure solaire unique avant 18 ans peut doubler le risque de mélanome à l'âge adulte (American Cancer Society, 2023).

Le problème est amplifié avec l'âge : dès 40 ans 35 % des hommes présentent des zones de calvitie partielle ou totale (source : INSERM), ce qui expose le sommet du crâne à une exposition directe et continue. Sans parler des lisières capillaires, des raies tracées sur cheveux longs, ou des cheveux fins qui laissent passer les UV.



Un article du Journal of Clinical Oncology a montré que les cancers du cuir chevelu sont plus agressifs et détectés plus tardivement, avec une surmortalité de 20 % par rapport à un mélanome situé sur le bras.

Cancer cutané : pourquoi le cuir chevelu concentre tant de tumeurs

Cette zone est l'angle mort des crèmes solaires et des dépistages. Or, c'est l'une des plus redoutées par les dermatologues

Selon l'Institut National du Cancer, en 2024, la France a enregistré 18 000 nouveaux cas de mélanome, en hausse de 7 % sur un an. Et parmi ces cas, près de 12 % concernent le cuir chevelu, la nuque ou les oreilles, soit des zones hautes, peu protégées et rarement examinées.

Une étude menée par l'Université de Sydney (2022) a révélé que les mélanomes situés sur le cuir chevelu avaient 1,84 fois plus de risques de provoquer une métastase que ceux situés ailleurs.

Autre facteur aggravant : les cancers localisés sur cette zone passent souvent inaperçus pendant plusieurs mois. Les cheveux masquent les taches, les croûtes ou les changements de texture. Résultat : diagnostic tardif, traitement plus lourd, et chances de guérison diminuées

Le cuir chevelu, souvent négligé face au soleil, est l'une des zones où les cancers de la peau progressent le plus discrètement.

Les bons gestes pour protéger son cuir chevelu du soleil (sans ruiner sa coiffure)

Trop souvent négligée, la protection solaire du cuir chevelu est pourtant simple. Voici les réflexes à adopter dès maintenant :

Appliquer une crème solaire SPF 50 sur la raie des cheveux, la base du front, les tempes, et toutes les zones dégarnies.

Utiliser un spray solaire spécial cuir chevelu (formule non grasse) si on veut éviter l'effet "cheveux plats".

Porter un chapeau à large bord (type bob ou panama) en milieu de journée.

Éviter les expositions entre 12 h et 16 h, même par temps couvert (les UV traversent 90 % des nuages).

Faire examiner son cuir chevelu au moins une fois par an par un dermatologue, surtout en cas de zone dégarnie ou de taches suspectes.



Selon l'ANSES, une exposition cumulée de seulement 20 minutes par jour entre juin et août suffit à endommager l'ADN cutané, surtout sur les zones hautes.

L'erreur la plus courante de l'été... et celle que les cancers de la peau exploitent

Chaque été, c'est la même scène. On sort la crème solaire, on pense aux bras, aux jambes, au décolleté. On oublie l'arrière des genoux, les oreilles... et le haut du crâne. Un oubli devenu un piège épidémiologique

1 Français sur 2 ne sait pas que le cuir chevelu peut développer un mélanome, révèle un sondage Ifop pour la Société française de dermatologie (2023).

Et c'est justement ce manque de conscience qui le rend si dangereux. Invisible silencieux évolutif. Ce type de mélanome est souvent repéré par un coiffeur ou un proche, parfois des mois après son apparition. Avec, à la clé, des traitements plus lourds et un pronostic moins favorable.

Même partiellement couvert par les cheveux, le sommet du crâne reste l'un des endroits les plus vulnérables aux mélanomes.

À propos de l'auteur

Loulou Pellegrino

Que ce soit pour dénicher la meilleure baguette de Paris, partager des astuces pour économiser au supermarché ou explorer les mystères de la vie de couple et de la parentalité, je suis toujours prête à mettre la main à la pâte (parfois littéralement).

J'aime passer du test des derniers produits du quotidien à la rédaction de conseils pour simplifier la vie de famille, sans oublier mes escapades culinaires pour vous dénicher des recettes aussi faciles que savoureuses. Mon objectif ? Vous offrir du concret, du pratique, du drôle, avec toujours un brin de bonne humeur. Si ça peut rendre votre quotidien plus léger, alors ma mission est accomplie !

Ses derniers articles



Santé. Comment se forme la cellulite et comment s'en débarrasser ?

Sur les cuisses, les fesses, le ventre... La cellulite concernerait principalement les femmes, presque toutes d'ailleurs : entre 80 % et 95 %, après la puberté ! Elle fait référence à cette « peau d'orange » bien connue. Mais que cache-t-elle ? Réponses.

01 / 02

02 / 02

Comme le souligne la Société française de dermatologie (SFD), la cellulite désigne « un amas graisseux sous-cutané ». Elle le qualifie de « disgracieux » en référence à ces légers plis de peaux qu'elle occasionne, lui donnant un aspect bosselé. Les spécialistes parlent eux, d'une lipodystrophie superficielle, définie comme une distribution anormale des masses adipeuses de l'organisme. Celle-ci est accompagnée d'une augmentation de la masse graisseuse de la partie superficielle de l'hypoderme, le tissu cellulaire de la couche profonde de la peau, situé sous le derme. En d'autres termes, il s'agit des cellules graisseuses – appelées adipocytes – qui stockent de la graisse et prennent ainsi du volume. Deux autres facteurs sont associés : une rétention d'eau et une fibrose de tissus dits « péri-adipeux ». Quels éléments déclencheurs ? Deux causes principales se dégagent pour expliquer ce phénomène : l'effet des œstrogènes, des hormones féminines, ce qui explique pourquoi les femmes sont atteintes et pratiquement pas les hommes. Sans oublier le fait qu'elles ont aussi une peau plus fine, rendant plus visible la peau d'orange ; une alimentation trop riche en gras et en sucres, parfois associée à un mode de vie sédentaire. Quelle prise en charge ? Pour autant, « même les personnes sans surpoids avec une bonne condition physique peuvent avoir de la cellulite », précise sur son site internet, le Dr Christelle Santini. Laquelle préconise sur le plan de la prise en charge, de débiter par un rééquilibrage alimentaire qui laisse moins de place au gras et au sucré et davantage à des aliments comme les fruits et les légumes. Sans oublier la reprise d'une activité physique régulière. Pour le reste, la SFD mentionne les traitements par lasers dermatologiques. Ils visent la destruction « des adipocytes sans aspiration avec déplacement d'une sonde-laser dans la graisse sous-cutanée. C'est l'endo-laser qui par un mouvement de va-et-vient va provoquer une adipocytolyse ou destruction par la chaleur ou effet thermique des cellules ». Elle ajoute qu'il existe d'autres techniques dont l'objectif est de drainer ou détruire les adipocytes avec des machines « de type radiofréquence ou ondes acoustiques ». Dans tous les cas, les résultats ne demeurent pas pleinement garantis, à en croire la science. Au même titre que le massage ou l'automassage qui peuvent aussi être prodigués.



Newsletter. L'essentiel de la semaine

Chaque samedi

Inscrivez-vous à "L'essentiel de la semaine", et retrouvez notre sélection des articles qu'il ne fallait pas rater lors des sept derniers jours. Voir mes newsletters

Ca y est ! Vous êtes inscrit

Peut contenir des publicités. Vous pouvez vous désinscrire à tout moment depuis votre espace client.



► Dermoscopie et dépistage des cancers de la peau en médecine générale : pourquoi pas vous ?

D^r Julien Anriot, P^r Luc Thomas – Lyon

Les cancers de la peau sont fréquents, la dermoscopie est un outil dont l'utilité est prouvée dans leur dépistage. Dans un contexte de démographie médicale contrainte, un nombre de plus en plus important de médecins généralistes se forment au dépistage des cancers de la peau et à la dermoscopie.

► CE QUE NOUS FAISONS ◀

Les cancers de la peau sont très fréquents, représentant environ 80 000 cas par an en France¹. Le mélanome est responsable de plus de 75 % de la mortalité liée aux cancers cutanés et son incidence n'a cessé d'augmenter pendant des décennies². Sa détection précoce est le seul moyen connu de réduire son impact en santé publique^{3,4}. Au-delà du mélanome, les autres cancers de la peau, carcinomes spinocellulaires et basocellulaires, représentent un moindre danger léthal mais peuvent entraîner des retentissements esthétiques et fonctionnels importants. En France, le dépistage des cancers de la peau est un rôle traditionnellement dévolu aux seuls dermatologues. À l'inverse, dans d'autres pays, les médecins généralistes sont très impliqués dans ce repérage précoce, comme en Australie⁵ ou au Royaume-Uni⁶. Certaines règles simples sont connues pour repérer des cancers de la peau : ABCDE, le vilain petit canard... Elles sont toutes utiles mais se révèlent souvent insuffisantes, ne permettant de dépister des mélanomes qu'à un stade avancé et n'étant pas assez spécifiques dans le diagnostic différentiel entre naevus et mélanome, avec trop de faux positifs.

Dermoscopie

La dermoscopie est une technique diagnostique facile d'utilisation, rapide (en moyenne un examen cutané complet dure 142 secondes⁷) dont le bénéfice dans le dépistage des cancers cutanés est classé en grade A du point de vue de la médecine par les preuves^{8,9}. Elle consiste à s'affranchir de la réflexion de la couche cornée de la peau, en utilisant soit l'immersion (application d'un gel entre le dermoscope et la peau), permettant une bonne visualisation des structures superficielles de la peau,

soit la lumière polarisée (permettant de voir « à travers » les couches superficielles de la peau et donc une évaluation de la profondeur), soit une combinaison de ces deux techniques. Elle permet de repérer des cancers de la peau de manière plus précoce et de diminuer le nombre d'exérèses inutiles¹⁰, notamment en améliorant la surveillance (l'absence d'évolutivité d'une lésion étant un signe de réassurance) (Figures 1, 2, 3).



Figure 1. Kératose séborrhéique de diagnostic clinique difficile, mais avec dermoscopie typique, permettant d'éviter une exérèse inutile.

Elle permet de différencier des lésions malignes (mélanome, carcinomes baso ou spinocellulaire) et bénignes (kératose séborrhéique, hémangiome, lentigo actinique...). Cette technique est très fréquemment utilisée par les dermatologues¹¹, mais de nombreuses études montrent qu'elle est tout à fait accessible à



Figure 2. Mélanome de 3 mm de longueur présentant déjà des critères dermoscopiques typiques.

des médecins généralistes¹²⁻¹⁶ après une formation minimale¹⁷. Il est en particulier démontré que la performance des médecins généralistes n'est pas inférieure à celle des dermatologues à durée de formation et fréquence de pratique équivalentes (étude « *Creation and evaluation of an online dermoscopy test for self-evaluation of competences in diagnosis of skin cancer*¹⁸ »). La formation des médecins généralistes a permis un repérage plus précoce des mélanomes, avec un indice de Breslow équivalent à celui de dermatologues libéraux (étude « *Empowerment of primary care medicine in early melanoma detection : the experience of the Association of French GPs practicing Dermoscopy* » en cours de soumission). Elle est également très utile dans d'autres pathologies, en particulier pour le diagnostic de la gale¹⁹.



Figure 3. Mélanome de diagnostic possible en dermoscopie mais ne présentant encore aucun signe patent clinique.

De nombreux modèles existent (Figure 4), de prix très différents. Il convient d'opter pour un dispositif permettant de prendre les photos en immersion (en collant son dermoscope sur la peau du patient, avec un gel/liquide d'interface) et disposant d'une lumière polarisée et non polarisée. La prise de photos se fera grâce à un appareil photo ou un smartphone. Des bagues magnétiques existent pour faciliter l'interface entre l'appareil photo et le dermoscope.

► CE QUI CHANGE ◀

La démographie médicale est en baisse, particulièrement en dermatologie²⁰, et les médecins généralistes se trouvent confrontés à des difficultés d'accès pour leurs patients en face de lésions cutanées suspectes, ou pour assurer le suivi de patients ayant déjà eu un ou plusieurs cancers de la peau. La télé-expertise est un dispositif mis en place par l'Assurance maladie et accessible à tous les médecins pour tous les patients depuis le 1^{er} juillet 2023. Elle permet à un médecin de solliciter l'avis d'un confrère, les deux professionnels étant rémunérés (pour le requérant, cotation RQD, 10 euros ; pour le requis, cotation TE2, 20 et 23 euros dans la nouvelle convention médicale)²¹. Devant la difficulté d'accès au dermatologue et profitant de cette fluidification du parcours de soin que constitue la télé-expertise, de nombreux médecins généralistes se forment au dépistage des cancers cutanés, via des organismes de développement professionnel continu (DPC)²² ou des diplômes universitaires²³. Ces formations demandent la plupart du temps au minimum 14 h (2 journées, parfois espacées de plusieurs mois). Ce positionnement des médecins généralistes comme acteurs dans le repérage précoce des cancers cutanés est d'ailleurs reconnu comme positif par la Haute Autorité de Santé (HAS)²⁴, la Société Française de Dermatologie (SFD)²⁵, le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE)²⁶. Plusieurs cotations existent pour les médecins formés et pratiquant régulièrement la dermoscopie :

- L'APC (avis ponctuel consultant) en cas de demande d'avis d'un confrère via un courrier d'adressage, pour un patient n'ayant pas été vu et n'ayant pas vocation à être revu dans les quatre mois, avec un courrier de réponse.
- La cotation QZQP001 est également utilisable, mais uniquement pour les patients ayant déjà eu un mélanome de manière personnelle ou familiale au premier degré, ou pour les patients atteints d'un syndrome des nævus atypiques.

L'Association des Généralistes Dermoscopistes Français²⁷, association Loi 1901, a été créée en 2021 pour promouvoir



Figure 4. Dermoscopes. À gauche DermLite DL4, au centre Heine Delta One, à droite Casio DZ-100.

la pratique de la dermoscopie et du dépistage des cancers cutanés chez les médecins généralistes. Le groupe Facebook de l'association²⁸ compte, au 6 avril 2025, 3 509 adhérents témoignant d'une dynamique prometteuse.

► CE QUE NOUS FERONS ◀

De nombreux travaux de thèse et d'articles sont en cours, visant à améliorer la formation des médecins généralistes dans ce domaine, à mieux évaluer leurs connaissances (étude « Creation

and evaluation of an online dermoscopy test for self-evaluation of competences in diagnosis of skin cancer¹⁸ ») et à montrer leur investissement dans le dépistage des cancers cutanés (étude « Empowerment of primary care medicine in early melanoma detection : the experience of the Association of French GPs practicing Dermoscopy » en cours de soumission).

L'augmentation du nombre de médecins généralistes formés au dépistage des cancers cutanés et à la dermoscopie semble confirmer l'apparition de « médecins généralistes avec un intérêt particulier » en dépistage des cancers cutanés, comme cela existe pour la pédiatrie ou la gynécologie. Ne remplaçant pas le dermatologue, mais permettant de désengorger celui-ci des cas les moins graves, cette pratique devrait entraîner un meilleur adressage chez nos collègues dermatologues, permettre une réduction des délais de rendez-vous et un repérage plus précoce des cancers cutanés.

Cette montée en puissance de la dermoscopie en soins primaires est internationale ; le 7^e Congrès International de Dermoscopie, qui se tiendra à Lyon en 2027, aura à cœur d'inclure pleinement les médecins généralistes²⁹.

Conclusion

- Ce que nous faisons : en France, les dermatologues sont les médecins généralistes de la peau, et le repérage précoce des cancers de la peau n'est que peu investi par les médecins généralistes.
- Ce qui change : la baisse démographique, couplée à la montée en puissance de la télé-expertise et des offres de formations, renforce le rôle du médecin généraliste dans ce repérage précoce des cancers cutanés, en particulier grâce à l'apprentissage de la dermoscopie.
- Ce que nous ferons : à l'avenir, une collaboration plus étroite entre dermatologue et médecin généraliste aura lieu, permettant un adressage plus précoce des cas douteux, une diminution des adressages systématiques et une diminution des délais de recours au dermatologue, malgré une démographie contrainte.

D' Julien Anriot
Département de Dermatologie, Centre Léon Bérard, Lyon
julien.anriot@lyon.unicancer.fr

P' Luc Thomas
Département de Dermatologie, Hôpital Lyon Sud, Hospices Civils de Lyon, Pierre-Bénite
luc.thomas@chu-lyon.fr

Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Ce travail a été soutenu en partie par des subventions de l'Université Lyon 1 Claude Bernard, des Hospices civils de Lyon et de l'Association Vaincre le mélanome.

CELLULITE

Quelles sont les causes de ce phénomène disgracieux de la partie superficielle de l'hypoderme

Comme le souligne la Société française de dermatologie (SFD), la cellulite désigne « *un amas graisseux sous-cutané* ». Elle le qualifie de « *disgracieux* » en référence à ces légers plis de peaux qu'elle occasionne, lui donnant un aspect bosselé. Les spécialistes parlent eux, d'une lipodystrophie superficielle, définie comme une distribution anormale des masses adipeuses de l'organisme. Celle-ci est accompagnée d'une augmentation de la masse graisseuse de la partie superficielle de l'hypoderme, le tissu cellulaire de la couche profonde de la peau, situé sous le derme. En d'autres termes, il s'agit des cellules graisseuses – appelées adipocytes – qui stockent de la graisse et prennent ainsi du volume. Deux autres facteurs sont associés : une rétention d'eau et une fibrose de tissus dits « *péri-adipeux* ».

Deux causes principales se dégagent pour expliquer ce phénomène :

- l'effet des œstrogènes, des hormones féminines, ce qui explique pourquoi les femmes sont atteintes et pratiquement pas les hommes. Sans oublier le fait qu'elles ont aussi une peau plus fine, rendant plus visible la peau d'orange ;
- une alimentation trop riche en gras et en sucres, parfois associée à un mode de vie sédentaire.

Quelle prise en charge ? Pour autant,

« même les personnes sans surpoids avec une bonne condition physique peuvent avoir de la cellulite », précise sur son site internet, le Dr Christelle Santini. Laquelle préconise sur le plan de la prise en charge, de débiter par un rééquilibrage alimentaire qui laisse moins de place au gras et au sucré et davantage à des aliments comme les fruits et les légumes. Sans oublier la reprise d'une activité physique régulière. Pour le reste, la SFD mentionne les traitements par lasers dermatologiques. Ils visent la destruction « *des adipocytes sans aspiration avec déplacement d'une sonde-laser dans la graisse sous-cutanée. C'est l'endo-laser qui par un mouvement de va-et-vient va provoquer une adipocytolyse ou destruction par la chaleur ou effet thermique des cellules* ».



Des plis de peaux à l'aspect bosselé occasionnés par la cellulite.



[Beauté] Protection solaire SPF : les dernières innovations en cosmétique

[Article à retrouver dans le magazine têtù· de l'été, disponible en kiosques ou sur abonnement] Comment profiter de l'été sans attraper de coups de soleil ni accélérer le vieillissement de sa peau ? Décryptage des dernières innovations solaires.

Qui dit période estivale, dit protection solaire. Un geste beauté essentiel pour aider la peau à se défendre des rayons UVA et UVB, et du vieillissement cutané. "Le soleil nous donne de la bonne humeur et stimule la synthèse de vitamine D, nécessaire au bon fonctionnement du corps. Mais l'effet cumulatif de l'exposition au soleil est un des facteurs principaux du vieillissement et du cancer cutané, alerte le Pr Christophe Bedane, membre de la Société française de dermatologie. On peut utiliser les produits solaires sur les zones que l'on ne peut pas protéger autrement. Il faut les appliquer au moins une demi-heure avant l'exposition et en remettre au cours de la journée."

Après trois ans de tests et de recherche, Le Rub a sorti une formule unique et minérale à base d'oxyde de zinc. Sa texture légère et non collante a une fonction hydratante intense grâce à l'acide hyaluronique, antioxydante grâce au raisin et à l'huile d'amande riches en antioxydants et en vitamine D, et n'a aucun effet de résidus blancs (SPF30 Everyday Sunscreen pour le visage, 48€ les 50ml, et SPF30 All Day Sunscreen pour le corps, 45€ les 125ml). "Un produit SPF n'est jamais suffisant en soi, note Kim Maes, la cofondatrice. Donc j'ai ajouté à la gamme une lotion réparatrice après-soleil à l'aloë vera et au concombre, un sérum pour hydrater la peau toute l'année et un masque réparateur qui renforce les défenses de la peau et répare les dommages causés par le soleil, la pollution et la vie quotidienne."

Pensez SPF !

Certaines marques promettent de remplacer nos soins habituels. La néo-zélandaise Antipodes propose une crème solaire (Supernatural SPF50+, 42€ les 60ml) à base de céramides dérivés de légumes pour une protection anti-âge et une hydratation renforcées. Le Dr. Barbara Sturm préconise un hybride de crème solaire et de soin de la peau, les Sun Drops avec SPF50 (130€ les 30ml) à texture ultra-légère. Autre nouveauté sur le front de la protection solaire, le sérum de la marque française Day+ (UV Drops SPF50, 89€ les 30ml) à appliquer avant ou après sa crème de jour (ou même quelques gouttes dedans !). Oryza, marque de cosmétiques naturels à base de riz, favorise l'huile de soin Protect & Glow SPF50 (67€ les 30ml). Sa texture satinée et non grasse contient des huiles d'argousier, d'églantier, de karanja et de coco. Le SunFace Sérum SPF30 (58€ les 30ml) du Danois Rudolph Care est reconnaissable à sa texture fluide et non collante et à ses filtres chimiques respectueux des coraux et résistants à l'eau.

Si vous n'êtes pas fan des textures crémeuses, privilégiez la protection en gelée Glossier (Invisible Shield, SPF50, 40€ les 50ml) : gorgée d'antioxydants et de phyto-composés du riz, sa texture ultra-légère ne laisse aucun résidu gras ni traces blanches. De son côté, Pers Skincare (Daily Protection Gel SPF50, 42€ les 40ml) a conçu une formule contenant de la vitamine E, pour lutter contre le vieillissement prématuré et les taches. Accro aux sports ? La marque espagnole au style de vie durable EcoAlf (Recharge Stick Solaire SPF30, 22,90€ les 75g) et Rudolph Care (Sun Stick SPF50,



23€ les 15ml) proposent des sticks solaires à la cire d'abeille et au beurre de karité résistant à l'eau et à la transpiration.

Enfin, si vous détestez vous enduire de crème solaire, il existe des brumes naturelles et rafraîchissantes. Extrêmement faciles à appliquer, elles sont non grasses, non collantes et non blanchissantes. Eau fraîche haute protection SPF30 pour le corps et pour le visage de Payot (35€ les 130ml) à l'algue rouge protège contre les UVA longs. Tandis que la brume best-seller "4 en 1" de Givenchy (Prisme Libre Prep & Set Glow Mist SPF45, 51€ les 70ml) se bat contre les rayons UV, fixe le maquillage, hydrate la peau et lui donne de l'éclat grâce à un extrait de ramboutan (de la famille des litchis) et de fleur de cerisier.

Crédit photo : Glossier



Comment se débarrasser des vergetures

V. D.

Dermatologie. 80 % des femmes ont ces cicatrices cutanées dues à un manque d'élasticité de la peau après étirement rapide.

Sous l'influence d'une prise de poids, d'une grossesse, de la puberté ou après une forte consommation de corticoïdes, des vergetures peuvent apparaître. Problème, une fois présentes, ces cicatrices cutanées sont là pour toujours. Pour tenter de les faire disparaître, beaucoup se ruent vers les crèmes pleines de promesses vendues en parapharmacie ou dans les grandes surfaces.

Elles hydratent la peau, lui redonnent un peu de souplesse, mais ne font pas de miracle, note le Dr Sandrine Lafaye, dermatologue à Paris et membre de la Société française de dermatologie. Si les vergetures sont installées, avec cet aspect blanc caractéristique, les crèmes les estomperont au mieux légèrement. Inutile de vous ruiner avec des crèmes remplies de principes actifs extraordinaires, c'est avant tout l'hydratation qui est importante.

Pour des résultats plus visibles, c'est plutôt vers des techniques modernes qu'il faut se tourner. Deux d'entre elles se démarquent : le laser et le microneedling à radiofréquences, dont le but est de stimuler les fibroblastes, les cellules qui produisent le collagène, en les chauffant. Le premier agit avec une lumière, le second via de minuscules aiguilles délivrant une énergie

thermique par fréquences radio. Plus on s'y prend tôt, mieux c'est, reprend le Dr Lafaye. Comptez au minimum trois à quatre séances avant d'observer une amélioration. Chez certains patients, notamment ceux qui ont des vergetures jeunes à l'aspect rosé, la réponse peut être spectaculaire, avec une disparition quasi complète. Mais si les vergetures ont déjà plusieurs années, sur une peau mature, le résultat sera moins notable. Il faudra alors savoir se contenter d'une atténuation.



Des techniques modernes permettent de faire disparaître ou d'atténuer les vergetures.



Petit tour d'horizon des risques et des bienfaits des cosmétiques

Si certains cosmétiques ont démontré leurs bienfaits sur le plan sanitaire, ils peuvent aussi être sources de risques, comme les injections esthétiques réalisées par des non-professionnels ou des emplois inappropriés chez les enfants. Entretien avec la Dre Martine Baspeyras.



Si certains cosmétiques ont démontré leurs bienfaits sur le plan sanitaire, telle la crème solaire pour éviter les cancers, ils peuvent aussi être sources de risques, comme les injections esthétiques réalisées par des non-professionnels, les produits fait-maison ou des emplois inappropriés chez les enfants.

La Dre Martine Baspeyras, dermatologue et présidente de la Société française d'esthétique en dermatologie, développe ces aspects pour Medscape édition française

Medscape : Quels sont les bienfaits des cosmétiques sur le plan sanitaire ?

Dre Martine Baspeyras : Les crèmes de soin peuvent limiter les taches, les rides. Elles maintiennent l'hydratation de la peau et sont anti-radicalaires, donc anti-vieillesse.

Les crèmes solaires quant à elles, ont montré qu'elles permettaient de limiter les cancers de la peau. Ces derniers sont dus soit à une exposition sans protection aux UVB, soit à des doses cumulées reçues chaque jour au cours de la vie, en particulier sur les zones découvertes : visage, cou, mains, voire cuir chevelu pour les messieurs ayant une calvitie.

Se faire injecter un produit par la dame qui vous a fait les ongles, c'est dangereux !

Les UVB sont les plus délétères, mais les UVA renforcent leur nocivité. Or, les UVA traversent les vitres. Il faut donc également se protéger en voiture ! En hiver, ça va, mais dès les premiers rayons de soleil du printemps, je recommande à mes patients de mettre de la crème solaire tous les matins



et d'en remettre à midi. Il ne faut pas mettre la barre trop haut en termes de fréquence, car on sait bien que les gens ont du mal à suivre les préconisations d'en remettre toutes les deux heures.

SUGGESTED for you

L'astuce le matin, c'est d'en mettre une première couche avant le petit déjeuner et une seconde juste après. Et si on est dehors tout le temps, penser à en remettre toutes les trois heures. De même si on mange en terrasse, même sous un parasol, ou si on jardine. Et ne pas oublier la nuque lors des séances de jardinage, car on travaille penché en avant, avec cette partie du corps exposée !

Pour les enfants, la première règle est de ne pas les exposer entre midi et 14h sur les plages. Nous conseillons les vêtements antisolaires, le chapeau et les lunettes de soleil, sans oublier la crème, mais avant d'aller à la plage. Pour petits et grands, il faut en étaler partout, y compris sous le maillot de bain.

Des études en neurosciences ont montré un lien entre l'application de crèmes et la sensorialité.

Quel impact psychologique ont les cosmétiques sur leurs utilisateurs ?

Les cosmétiques participent à l'entretien général de soi. Prendre soin de soi, sans excès, cela fait du bien. Le "toucher cosmétique" est également source de bien-être : la peau aime qu'on la touche, qu'on la masse. La sensorialité liée à ces soins fait plaisir à tous les sens : le toucher agréable de la crème, son léger parfum. Des études en neurosciences ont montré un lien entre l'application de crèmes et la sensorialité

Quels sont les dangers des pratiques non réglementées comme les injections esthétiques ?

Le danger existe à plusieurs niveaux : lorsque les personnes qui effectuent ces injections ne sont pas formées, vous ne pouvez pas savoir si elles s'y connaissent suffisamment en anatomie pour injecter au bon endroit. Le produit utilisé peut également être problématique. Certains, commandés sur internet, sont même interdits en France.

Ils peuvent provoquer des allergies, voire des embolies et des départs de nécrose. Et lorsque cela arrive, ces personnes ne savent pas gérer les effets secondaires, donc elles nous envoient les patients. Mais nous ne savons pas ce qui a été injecté, ni où, ni comment, donc c'est compliqué pour nous.

De plus, les gens viennent souvent tardivement, par honte, et cela représente une perte de chance de bien prendre en charge ces complications.

Il faut rappeler aux patients que c'est un acte médical, qui nécessite une formation sérieuse. Se faire injecter un produit par la dame qui vous a fait les ongles, c'est dangereux ! Quand c'est réalisé correctement, d'une part cela limite les effets secondaires, et d'autre part, nous savons les gérer s'ils surviennent.

Dans quelles mesure les réseaux sociaux sont-ils impliqués dans le développement de pratiques à risque ?



Sur les réseaux sociaux, il y a tout et n'importe quoi, des choses bien, comme d'autres à risque. On peut aussi retrouver de vieilles pratiques, avec un nouveau nom. L'essentiel est de faire du buzz.

Un enfant a seulement besoin d'être lavé, hydraté et protégé du soleil. Il n'a pas besoin d'aller dans un institut pour faire des soins particuliers.

Parfois, on voit des conseils originaux, qui ne reposent sur aucune preuve scientifique. Par exemple, du dentifrice pour sécher les boutons d'acné, ou des produits contre les hémorroïdes pour atténuer les cernes... Des irritations oculaires et des gonflements peuvent survenir à cause de ces produits.

J'ai aussi vu des crèmes contre les ulcères être utilisées pour le visage. Chez les personnes âgées, cela provoque une poussée comédogène, de l'acné comme les adolescents, donc cela se repère tout de suite !

J'ai également vu des personnes qui utilisent le citron pur sur leur peau, pensant que l'acide citrique est dépigmentant. Mais le citron pur provoque des taches marrons avec le soleil.

J'essaie d'expliquer à mes patients que les laboratoires qui fabriquent les cosmétiques utilisent des ingrédients purifiés, pour éviter les allergies, et qu'ils adaptent leur produit à la qualité de la peau. Et aussi que la nature, cela peut être dangereux.

Les cosmétiques faits-maison ont le vent en poupe, quels sont les risques liés à leur utilisation ?

Les risques principaux sont des irritations ou une non-efficacité. Quand on se trompe de type de peau, on peut aussi voir des poussées d'acné ou des kystes. Les produits peuvent être mal faits, mal mélangés, avec des produits pas assez purs ou de mauvaise qualité.

Pour que cela soit sans danger il faut être très soigneux : bien nettoyer les récipients, mettre le bon dosage, utiliser des produits bio, bien purs. Cela prend beaucoup de temps et peut revenir cher. Le savon réalisé à la maison doit en outre être laissé au repos, car son pH est instable pendant quelques heures. De plus, sans conservateurs, ces produits maison doivent être utilisés rapidement.

Que pensez-vous du développement depuis quelques temps des instituts de beauté pour enfants ?

Cela m'inquiète, car les produits proposés utilisent beaucoup de colorants, de parfums, etc. Au niveau dermatologique, le maquillage ou le vernis à ongles peuvent aussi provoquer des irritations et les estampiller "pour enfants" n'a aucun fondement scientifique.

De plus, cette pratique leur crée des habitudes qui me semblent déplacées. Un enfant a seulement besoin d'être lavé, hydraté et protégé du soleil. Il n'a pas besoin d'aller dans un institut pour faire des soins particuliers. Ce sont de mauvaises habitudes de mamans qui jouent à la poupée. Pour moi, c'est une dérive marketing des marques cosmétiques qui ont d'abord ciblé les adolescents, puis les pré-ados, et maintenant les enfants. Elles créent des modes et des besoins que des enfants n'ont pas, au risque de leur infliger des complexes. Tout cela a un coût et crée des rituels de beauté qui ne sont pas nécessaires.

Liens d'intérêts des experts : Aucun

Inscrivez-vous aux newsletters de Medscape sélectionnez vos choix



Suivez l'actualité de Medscape édition Française sur Bluesky

LIENS

Vernis à ongles semi-permanents : attention au risque cancérigène

Comment améliorer la protection solaire des enfants et adolescents ?

Présent dans les crèmes solaires, l'octocrylène se dégrade en un produit cancérigène, alertent des chercheurs

Tendances beauté : les pratiques dangereuses à travers les âges

CELLULITE

Quelles sont les causes de ce phénomène disgracieux de la partie superficielle de l'hypoderme

Comme le souligne la Société française de dermatologie (SFD), la cellulite désigne « un amas graisseux sous-cutané ». Elle le qualifie de « disgracieux » en référence à ces légers plis de peaux qu'elle occasionne, lui donnant un aspect bosselé. Les spécialistes parlent eux, d'une lipodystrophie superficielle, définie comme une distribution anormale des masses adipeuses de l'organisme. Celle-ci est accompagnée d'une augmentation de la masse graisseuse de la partie superficielle de l'hypoderme, le tissu cellulaire de la couche profonde de la peau, situé sous le derme. En d'autres termes, il s'agit des cellules graisseuses – appelées adipocytes – qui stockent de la graisse et prennent ainsi du volume. Deux autres facteurs sont associés : une rétention d'eau et une fibrose de tissus dits « péri-adipeux ».

Deux causes principales se dégagent pour expliquer ce phénomène :

- l'effet des œstrogènes, des hormones féminines, ce qui explique pourquoi les femmes sont atteintes et pratiquement pas les hommes. Sans oublier le fait qu'elles ont aussi une peau plus fine, rendant plus visible la peau d'orange ;
- une alimentation trop riche en gras et en sucres, parfois associée à un mode de vie sédentaire.

Quelle prise en charge ? Pour autant,

« même les personnes sans surpoids avec une bonne condition physique peuvent avoir de la cellulite », précise sur son site internet, le Dr Christelle Santini. Laquelle préconise sur le plan de la prise en charge, de débiter par un rééquilibrage alimentaire qui laisse moins de place au gras et au sucré et davantage à des aliments comme les fruits et les légumes. Sans oublier la reprise d'une activité physique régulière. Pour le reste, la SFD mentionne les traitements par lasers dermatologiques. Ils visent la destruction « des adipocytes sans aspiration avec déplacement d'une sonde-laser dans la graisse sous-cutanée. C'est l'endo-laser qui par un mouvement de va-et-vient va provoquer une adipocytolyse ou destruction par la chaleur ou effet thermique des cellules ».



Des plis de peaux à l'aspect bosselé occasionnés par la cellulite.

CELLULITE

Quelles sont les causes de ce phénomène disgracieux de la partie superficielle de l'hypoderme

Comme le souligne la Société française de dermatologie (SFD), la cellulite désigne « *un amas graisseux sous-cutané* ». Elle le qualifie de « *disgracieux* » en référence à ces légers plis de peaux qu'elle occasionne, lui donnant un aspect bosselé. Les spécialistes parlent eux, d'une lipodystrophie superficielle, définie comme une distribution anormale des masses adipeuses de l'organisme. Celle-ci est accompagnée d'une augmentation de la masse graisseuse de la partie superficielle de l'hypoderme, le tissu cellulaire de la couche profonde de la peau, situé sous le derme. En d'autres termes, il s'agit des cellules graisseuses – appelées adipocytes – qui stockent de la graisse et prennent ainsi du volume. Deux autres facteurs sont associés : une rétention d'eau et une fibrose de tissus dits « *péri-adipeux* ».

Deux causes principales se dégagent pour expliquer ce phénomène :

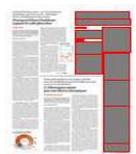
- l'effet des œstrogènes, des hormones féminines, ce qui explique pourquoi les femmes sont atteintes et pratiquement pas les hommes. Sans oublier le fait qu'elles ont aussi une peau plus fine, rendant plus visible la peau d'orange ;
- une alimentation trop riche en gras et en sucres, parfois associée à un mode de vie sédentaire.

Quelle prise en charge ? Pour autant,

« même les personnes sans surpoids avec une bonne condition physique peuvent avoir de la cellulite », précise sur son site internet, le Dr Christelle Santini. Laquelle préconise sur le plan de la prise en charge, de débiter par un rééquilibrage alimentaire qui laisse moins de place au gras et au sucré et davantage à des aliments comme les fruits et les légumes. Sans oublier la reprise d'une activité physique régulière. Pour le reste, la SFD mentionne les traitements par lasers dermatologiques. Ils visent la destruction « *des adipocytes sans aspiration avec déplacement d'une sonde-laser dans la graisse sous-cutanée. C'est l'endo-laser qui par un mouvement de va-et-vient va provoquer une adipocytolyse ou destruction par la chaleur ou effet thermique des cellules* ».



Des plis de peaux à l'aspect bosselé occasionnés par la cellulite.



Les effectifs manquent dans cette spécialité alors que les injections de botox rapportent dix fois plus qu'une consultation

Les dermatologues taxés de faire trop de médecine esthétique

Pénurie

Environ 1,2 million de Français ont déjà consulté un médecin pour se faire injecter de l'acide hyaluronique ou du botox, d'après l'Ordre des médecins. Des actes non remboursés par l'Assurance-maladie, qui peuvent être très rémunérateurs pour les praticiens.

LES INJECTIONS DE BOTOX seraient-elles néfastes... pour l'offre de soins ? A l'heure où la France souffre d'une pénurie de médecins généralistes et spécialistes, conséquence du numerus clausus, une petite musique monte, y compris au sein de la classe politique : les généralistes et les dermatologues dédieraient trop de temps à la médecine esthétique. D'autant plus problématique qu'il faut parfois attendre un an pour obtenir un rendez-vous chez un dermato... La

Jon Elizalde

sujet, dont nous devons nous emparer. Nous y travaillons avec le Conseil national de l'Ordre des médecins. »

Du côté de l'Ordre, justement, on est sur la même longueur d'onde. « La médecine esthétique est un vrai scandale en France ! assène son président François Arnault, dont le successeur sera élu ce 25 juin. Les pouvoirs publics doivent se réveiller. Le problème c'est que tout le monde fait de l'esthétique. D'ailleurs, on cible les dermatos, mais au moins, eux, ont les compétences pour en faire ! » Il y a donc en réalité deux sujets. D'une part, un exercice illégal de la médecine esthétique - le ministre de la Santé dénombre environ 150 plaintes par an. D'autre part, un exercice légal, par des médecins généralistes et dermatologues, mais dont le volume horaire est disproportionné, au détriment de ceux qui nécessitent de véritables soins.

« Une injection de botox, c'est 300 euros, une consultation, 30 euros..., détaille Yannick Neuder. Je peux donc comprendre qu'au bout

pénurie touche tout le territoire avec moins de quatre de ces professionnels pour 100 000 habitants - quand il en faudrait cinq à six. Même en Ile-de-France, on n'en compte moins de 600. Dans certains départements du pays, il n'y en a plus un seul en activité.

Lors d'une rencontre avec des journalistes de l'AJIS, fin mai, le ministre de la Santé, Yannick Neuder, a tapé du poing sur la table. « Quand vous allez sur Doctolib et que vous cherchez un rendez-vous pour faire examiner un grain de beauté sur lequel il y a un soupçon de mélanome, il faut attendre neuf mois... Mais si vous cochez "médecine esthétique", sous-entendu injection de botox, c'est seulement quinze jours, voire une semaine ! Je ne peux pas l'accepter. Il y a là un

d'un certain nombre d'années de pratique, les gens aient envie de faire autre chose, en consacrant par exemple un jour par semaine à la médecine esthétique. Mais ça ne doit pas devenir la totalité de leur exercice ! » Le ministre, qui ne veut pas « mettre au pilori » ces professionnels, entend donc mener des négociations pour que cet exercice reste minoritaire dans leur emploi du temps... tout en reconnaissant marcher sur un fil. « Si on est trop coercitifs et qu'on interdit cette pratique, le risque est que les médecins se déconventionnent. Alors, nous n'aurons plus aucune prise sur eux. »

« **Ultra-minoritaires** ». Pourtant, Saskia Oro, présidente de la Société française de dermatologie, l'assure : les dermatologues dont l'activité prédominante est la médecine esthétique sont « ultra-minoritaires », moins de 10% du total. Si la professeure associée-praticienne hospitalière reconnaît que deux tiers des 2 880 dermatos du

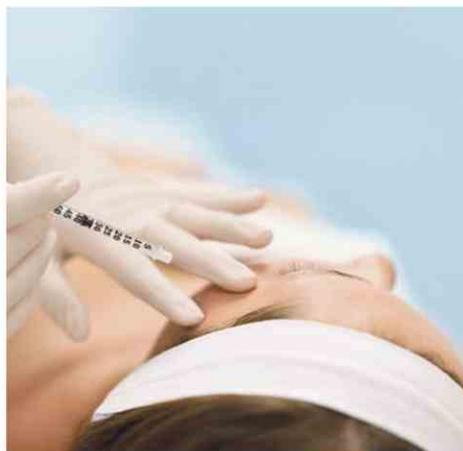
pays peuvent être amenés à la pratiquer, elle souligne aussi que la notion de médecine esthétique recouvre des réalités très différentes, qui vont bien au-delà de la simple injection de botox. « Certaines maladies de la peau ont de graves conséquences esthétiques, il y a donc une forte demande des patients pour les corriger. Cela fait partie de notre formation, de notre spécialité. L'activité esthétique est essentiellement axée sur la dermatologie correctrice et répond à un besoin de la population », appuie la dermatologue du CHU Henri-Mondor, à Créteil, qui rappelle que certaines maladies cutanées, en particulier « affichantes », ont un très fort impact sur la qualité de vie des patients et peuvent occasionner des souffrances psychiques chez ceux qui les subissent.

Saskia Oro déplore que la dermatologie soit « parfois réduite à cette question esthétique ». « Les jeunes dermatos ne choisissent pas cette spécialité pour injecter du botox ! » Quant à une nouvelle réglementation, telle que souhaitée par le ministre de la Santé et l'Ordre des médecins, « elle ne règlera rien ». « Ce n'est pas ainsi que l'on va régler le problème des déserts médicaux. Le fait d'empêcher un dermato de faire de l'esthétique ne va pas l'inciter à aller s'installer dans une zone sous-dotée. »

La solution ? Former, former et encore former. Le nombre de jeunes internes ne suffit

aujourd'hui pas du tout à couvrir les départs à la retraite dans un secteur où la moyenne d'âge des professionnels est de 58 ans. Mais la fin du numerus apertus, annoncée par Yannick Neuder, devrait permettre de commencer à corriger enfin cette situation.

@Jon_Elizalde



SIPA PRESS

Une injection de botox rapporte
autour de 300 euros au médecin.



MALADIE. RÉTENTION D'EAU ET FIBROSE DE TISSUS

Ce qu'il faut savoir sur la cellulite



La cellulite est souvent méconnue du grand public.

COMME LE SOULIGNE la Société française de dermatologie (SFD), la cellulite désigne « un amas graisseux sous-cutané ». Elle le qualifie de « disgracieux » en référence à ces légers plis de peaux qu'elle occasionne, lui donnant un aspect bosselé. Les spécialistes parlent eux, d'une lipodystrophie superficielle, définie comme une distribution anormale des masses adipeuses de l'organisme. Celle-ci est accompagnée d'une augmentation de la masse graisseuse de la partie superficielle de l'hypoderme, le tissu cellulaire de la couche profonde de la peau, situé sous le derme.

Quels éléments déclencheurs ?

En d'autres termes, il s'agit des cellules graisseuses – appelées adipocytes – qui stockent de la graisse et prennent ainsi du volume. Deux autres facteurs sont associés : une rétention d'eau et une fibrose de tissus dits « péri-adipeux ». Deux causes principales se dégagent pour expliquer ce phénomène :

- l'effet des œstrogènes, des hormones féminines, ce qui explique pourquoi les femmes sont atteintes et pratiquement pas les hommes.

Sans oublier le fait qu'elles ont aussi

une peau plus fine, rendant plus visible la peau d'orange;- une alimentation trop riche en gras et en sucres, parfois associée à un mode de vie sédentaire. Quelle prise en charge ? Pour autant, « même les personnes sans surpoids avec une bonne condition physique peuvent avoir de la cellulite », précise sur son site internet, le Dr Christelle Santini. Laquelle préconise sur le plan de la prise en charge, de débuter par un rééquilibrage alimentaire qui laisse moins de place au gras et au sucré et davantage à des aliments comme les fruits et les légumes. Sans oublier la reprise d'une activité physique régulière. Pour le reste, la SFD mentionne les traitements par lasers dermatologiques. Ils visent la destruction « des adipocytes sans aspiration avec déplacement d'une sonde-laser dans la graisse sous-cutanée. C'est l'endo-laser qui par un mouvement de va-et-vient va provoquer une adipocytolyse ou destruction par la chaleur ou effet thermique des cellules ». ■



Cellulite : comprendre l'origine et les solutions selon les experts

Cellulite : comprendre l'origine et les solutions selon les experts

La Société française de dermatologie explique les causes de la cellulite et les traitements possibles, du rééquilibrage alimentaire aux lasers dermatologiques.

Comme le souligne la Société française de dermatologie (SFD), la cellulite désigne « un amas graisseux sous-cutané ». Elle le qualifie de « disgracieux » en référence à ces légers plis de peaux qu'elle occasionne, lui donnant un aspect bosselé. Les spécialistes parlent eux, d'une lipodystrophie superficielle, définie comme une distribution anormale des masses adipeuses de l'organisme. Celle-ci est accompagnée d'une augmentation de la masse graisseuse de la partie superficielle de l'hypoderme, le tissu cellulaire de la couche profonde de la peau, situé sous le derme.

En d'autres termes, il s'agit des cellules graisseuses – appelées adipocytes – qui stockent de la graisse et prennent ainsi du volume. Deux autres facteurs sont associés : une rétention d'eau et une fibrose de tissus dits « péri-adipeux ».

Quels éléments déclencheurs ?

Deux causes principales se dégagent pour expliquer ce phénomène.

- L'effet des œstrogènes, des hormones féminines, ce qui explique pourquoi les femmes sont atteintes et pratiquement pas les hommes. Sans oublier le fait qu'elles ont aussi une peau plus fine, rendant plus visible la peau d'orange.
- Une alimentation trop riche en gras et en sucres, parfois associée à un mode de vie sédentaire.

Pour autant, « même les personnes sans surpoids avec une bonne condition physique peuvent avoir de la cellulite », précise sur son site internet, le Dr Christelle Santini. Laquelle préconise sur le plan de la prise en charge, de débuter par un rééquilibrage alimentaire qui laisse moins de place au gras et au sucré et davantage à des aliments comme les fruits et les légumes. Sans oublier la reprise d'une activité physique régulière.

Pour le reste, la SFD mentionne les traitements par lasers dermatologiques. Ils visent la destruction « des adipocytes sans aspiration avec déplacement d'une sonde-laser dans la graisse sous-cutanée. C'est l'endo-laser qui par un mouvement de va-et-vient va provoquer une adipocytolyse ou destruction par la chaleur ou effet thermique des cellules ».



Des injections de botox qui rapportent dix fois plus qu'une consultation : les dermatologues accusés de faire trop de médecine esthétique

Dans un contexte de forte pénurie de médecins, certains professionnels sont pointés du doigt pour le temps qu'ils accordent à certaines activités



Dans un contexte de forte pénurie de médecins, certains professionnels sont pointés du doigt pour le temps qu'ils accordent à certaines activités Les faits - Environ 1,2 million de Français ont déjà consulté un médecin pour se faire injecter de l'acide hyaluronique ou du botox, d'après l'Ordre des médecins. Des actes non remboursés par l'Assurance-maladie, qui peuvent être très rémunérateurs pour les praticiens.

Les injections de botox seraient-elles néfastes... pour l'offre de soins ? A l'heure où la France souffre d'une pénurie de médecins généralistes et spécialistes, conséquence du numerus clausus , une petite musique monte, y compris au sein de la classe politique : les généralistes et les dermatologues dédieraient trop de temps à la médecine esthétique. D'autant plus problématique qu'il faut parfois attendre un an pour obtenir un rendez-vous chez un dermato... La pénurie touche tout le territoire avec moins de quatre de ces professionnels pour 100 000 habitants — quand il en faudrait cinq à six. Même en Ile-de-France, on n'en compte moins de 600. Dans certains départements du pays, il n'y en a plus un seul en activité.

Lors d'une rencontre avec des journalistes de l'Ajjs, fin mai, le ministre de la Santé, Yannick Neuder, a tapé du poing sur la table. « Quand vous allez sur Doctolib et que vous cherchez un rendez-vous pour faire examiner un grain de beauté sur lequel il y a un soupçon de mélanome, il faut attendre neuf mois... Mais si vous cochez "médecine esthétique", sous-entendu injection de botox, c'est seulement quinze jours, voire une semaine ! Je ne peux pas l'accepter. Il y a là un sujet, dont nous devons nous emparer. Nous y travaillons avec le Conseil national de l'Ordre des médecins. »

« Scandale ». Du côté de l'Ordre, justement, on est sur la même longueur d'onde. « La médecine esthétique est un vrai scandale en France ! assène son président François Arnault, dont le successeur sera élu ce 25 juin. Les pouvoirs publics doivent se réveiller. Le problème c'est que tout



le monde fait de l'esthétique. D'ailleurs, on cible les dermatos, mais au moins, eux, ont les compétences pour en faire ! » Il y a donc en réalité deux sujets. D'une part, un exercice illégal de la médecine esthétique — le ministre de la Santé dénombre environ 150 plaintes par an. D'autre part, un exercice légal, par des médecins généralistes et dermatologues, mais dont le volume horaire est disproportionné, au détriment de ceux qui nécessitent de véritables soins.

Si on est trop coercitifs et qu'on interdit cette pratique, le risque est que les médecins se déconventionnent. Alors, nous n'aurons plus aucune prise sur eux

« Une injection de botox, c'est 300 euros, une consultation, 30 euros..., détaille Yannick Neuder. Je peux donc comprendre qu'au bout d'un certain nombre d'années de pratique, les gens aient envie de faire autre chose, en consacrant par exemple un jour par semaine à la médecine esthétique. Mais ça ne doit pas devenir la totalité de leur exercice ! » Le ministre, qui ne veut pas « mettre au pilori » ces professionnels, entend donc mener des négociations pour que cet exercice reste minoritaire dans leur emploi du temps... tout en reconnaissant marcher sur un fil. « Si on est trop coercitifs et qu'on interdit cette pratique, le risque est que les médecins se déconventionnent. Alors, nous n'aurons plus aucune prise sur eux. »

« Ultra minoritaires ». Pourtant, Saskia Oro, présidente de la Société française de dermatologie, l'assure : les dermatologues dont l'activité prédominante est la médecine esthétique sont « ultra minoritaires », moins de 10 % du total. Si la professeure associée-praticienne hospitalière reconnaît que deux tiers des 2 880 dermatos du pays peuvent être amenés à la pratiquer, elle souligne aussi que la notion de médecine esthétique recouvre des réalités très différentes, qui vont bien au-delà de la simple injection de botox. « Certaines maladies de la peau ont de graves conséquences esthétiques, il y a donc une forte demande des patients pour les corriger. Cela fait partie de notre formation, de notre spécialité. L'activité esthétique est essentiellement axée sur la dermatologie correctrice et répond à un besoin de la population », appuie la dermatologue du CHU Henri-Mondor, à Créteil, qui rappelle que certaines maladies cutanées, en particulier « affichantes », ont un très fort impact sur la qualité de vie des patients et peuvent occasionner des souffrances psychiques chez ceux qui les subissent.

Saskia Oro déplore que la dermatologie soit « parfois réduite à cette question esthétique ». « Les jeunes dermatos ne choisissent pas cette spécialité pour injecter du botox ! » Quant à une nouvelle réglementation, telle que souhaitée par le ministre de la Santé et l'Ordre des médecins, « elle ne règlera rien ». « Ce n'est pas ainsi que l'on va régler le problème des déserts médicaux . Le fait d'empêcher un dermato de faire de l'esthétique ne va pas l'inciter à aller s'installer dans une zone sous-dotée. »

La solution ? Former, former et encore former. Le nombre de jeunes internes ne suffit aujourd'hui pas du tout à couvrir les départs à la retraite dans un secteur où la moyenne d'âge des professionnels est de 58 ans. Mais la fin du numerus apertus, annoncée par Yannick Neuder, devrait permettre de commencer à corriger enfin cette situation.

CELLULITE

Quelles sont les causes de ce phénomène disgracieux de la partie superficielle de l'hypoderme

Comme le souligne la Société française de dermatologie (SFD), la cellulite désigne « *un amas graisseux sous-cutané* ». Elle le qualifie de « *disgracieux* » en référence à ces légers plis de peaux qu'elle occasionne, lui donnant un aspect bosselé. Les spécialistes parlent eux, d'une lipodystrophie superficielle, définie comme une distribution anormale des masses adipeuses de l'organisme. Celle-ci est accompagnée d'une augmentation de la masse graisseuse de la partie superficielle de l'hypoderme, le tissu cellulaire de la couche profonde de la peau, situé sous le derme. En d'autres termes, il s'agit des cellules graisseuses – appelées adipocytes – qui stockent de la graisse et prennent ainsi du volume. Deux autres facteurs sont associés : une rétention d'eau et une fibrose de tissus dits « *péri-adipeux* ».

Deux causes principales se dégagent pour expliquer ce phénomène :

- l'effet des œstrogènes, des hormones féminines, ce qui explique pourquoi les femmes sont atteintes et pratiquement pas les hommes. Sans oublier le fait qu'elles ont aussi une peau plus fine, rendant plus visible la peau d'orange ;
- une alimentation trop riche en gras et en sucres, parfois associée à un mode de vie sédentaire.

Quelle prise en charge ? Pour autant,

« même les personnes sans surpoids avec une bonne condition physique peuvent avoir de la cellulite », précise sur son site internet, le Dr Christelle Santini. Laquelle préconise sur le plan de la prise en charge, de débiter par un rééquilibrage alimentaire qui laisse moins de place au gras et au sucré et davantage à des aliments comme les fruits et les légumes. Sans oublier la reprise d'une activité physique régulière. Pour le reste, la SFD mentionne les traitements par lasers dermatologiques. Ils visent la destruction « *des adipocytes sans aspiration avec déplacement d'une sonde-laser dans la graisse sous-cutanée. C'est l'endo-laser qui par un mouvement de va-et-vient va provoquer une adipocytolyse ou destruction par la chaleur ou effet thermique des cellules* ».



Des plis de peaux à l'aspect bosselé occasionnés par la cellulite.

Comment se débarrasser des vergetures

V. D.

Dermatologie. 80 % des femmes ont ces cicatrices cutanées dues à un manque d'élasticité de la peau après étirement rapide.

Sous l'influence d'une prise de poids, d'une grossesse, de la puberté ou après une forte consommation de corticoïdes, des vergetures peuvent apparaître. Problème, une fois présentes, ces cicatrices cutanées sont là pour toujours. Pour tenter de les faire disparaître, beaucoup se ruent vers les crèmes pleines de promesses vendues en parapharmacie ou dans les grandes surfaces.

Elles hydratent la peau, lui redonnent un peu de souplesse, mais ne font pas de miracle, note le Dr Sandrine Lafaye, dermatologue à Paris et membre de la Société française de dermatologie. Si les vergetures sont installées, avec cet aspect blanc caractéristique, les crèmes les estomperont au mieux légèrement. Inutile de vous ruiner avec des crèmes remplies de principes actifs extraordinaires, c'est avant tout l'hydratation qui est importante.

Pour des résultats plus visibles, c'est plutôt vers des techniques modernes qu'il faut se tourner. Deux d'entre elles se démarquent : le laser et le microneedling à radiofréquences, dont le but est de stimuler les fibroblastes, les cellules qui produisent le collagène, en les chauffant. Le premier agit avec une lumière, le second via de minuscules aiguilles délivrant une énergie

thermique par fréquences radio.

Plus on s'y prend tôt, mieux c'est, reprend le Dr Lafaye. Comptez au minimum trois à quatre séances avant d'observer une amélioration. Chez certains patients, notamment ceux qui ont des vergetures jeunes à l'aspect rosé, la réponse peut être spectaculaire, avec une disparition quasi complète. Mais si les vergetures ont déjà plusieurs années, sur une peau mature, le résultat sera moins notable. Il faudra alors savoir se contenter d'une atténuation.



Des techniques modernes permettent de faire disparaître ou d'atténuer les vergetures.



Pourquoi les mycoses sont-elles plus fréquentes en été ?

Elles s'invitent sur la peau, les pieds, les ongles... et se multiplient l'été. Le savez-vous vraiment pourquoi ? #mycose #sante



Vous l'avez peut-être déjà remarqué : les mycoses ont tendance à être plus fréquentes en été. Cela est simplement dû à la chaleur et à l'humidité de la saison. On vous explique tout. Les mycoses sont des infections causées par de minuscules champignons.

Elles sont très fréquentes sur la peau, les ongles ou au niveau des parties génitales.

En été, elles sont généralement dues à la chaleur et à la transpiration.

D'après la Société française de dermatologie, une mycose est une infection causée par de minuscules champignons. « Elles peuvent affecter la surface de la peau et des muqueuses, les ongles et le cuir chevelu. Les symptômes sont différents selon la partie du corps atteinte, et selon les divers genres de champignons microscopiques en cause : Candida, Dermatophytes, Malassezia » indique la SFD. Ainsi, les mycoses les plus fréquentes se développent sur la peau, les ongles ou au niveau des parties génitales. Les symptômes varient en fonction du type de mycose. Le plus souvent, une mycose entraîne des démangeaisons, un changement d'aspect de la zone touchée. Cette dernière peut devenir rouge ou présenter une desquamation.

Et l'été, le développement des mycoses a tendance à être très fréquent. Cela est dû à plusieurs facteurs notamment :

La transpiration excessive due à la chaleur. Celle-ci favorise le développement des petits champignons ;

Le port de vêtements serrés et en matière synthétique. Ces matières aident à la prolifération des mycoses ;



L'humidité persistante après une baignade à la mer ou à la piscine. Cette humidité favorise les infections ;

Il en est de même pour la fréquentation des lieux humides comme les vestiaires des piscines. Les champignons y prolifèrent plus facilement et contaminent les personnes.

Il est conseillé de consulter un médecin lorsque la mycose s'étend rapidement, si elle crée de plus en plus de désagréments ou si la mycose s'étend sur les ongles, la plante des pieds ou le cuir chevelu. De plus, il est important de consulter si la personne souffre de troubles circulatoires dans les jambes ou de diabète.

Pour se débarrasser d'une mycose de la peau, le traitement consiste en un antifongique local. « Ces traitements sont souvent suffisants pour traiter des cas de mycoses cutanées peu étendues et peu profondes. Les substances qu'ils contiennent appartiennent à différentes familles chimiques, d'efficacité à peu près équivalente. La forme utilisée (crème, émulsion, poudre ou solution) et la durée du traitement varient selon les cas » indique le site santé du gouvernement. D'ailleurs, « une partie de ces traitements est disponible sans ordonnance. Néanmoins, seules les mycoses déjà diagnostiquées et bien connues peuvent être traitées en automédication » précisent les experts. Si vos mycoses sont étendues ou difficiles à soigner, un traitement par voie orale peut être nécessaire.

SANTÉ.FR Mycose de la peau [en ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.sante.fr/mycose-de-la-peau>

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE (SFD) Les mycoses cutanées [en ligne]. Disponible à l'adresse : <https://dermato-info.fr/fr/les-maladies-de-la-peau/les-mycoses-cutanees>

Destination Santé

Mon enfant a du mal à se faire des amis : comment l'aider ?

Il existe de nombreuses raisons pour lesquelles un enfant a du mal à se faire des amis. Parfois, cela tient à sa personnalité : un enfant introverti a tendance à rechercher des moments de solitude, tandis qu'un enfant timide attend que les autres fassent le premier pas. La peur du rejet peut aussi expliquer une difficulté à aller vers les autres si l'enfant est moqué ou ignoré à l'école. En outre, « une peur des autres peut être favorisée par le comportement de parents surprotecteurs qui envoient le message que le monde extérieur est dangereux », explique Sophie Maretto, psychologue à Paris. Sans le vouloir, ils transmettent l'idée qu'il vaut mieux éviter les autres que de risquer d'être blessé. Pour autant, la question n'est pas de savoir s'il a suffisamment d'amis mais si sa situation sociale le fait souffrir.

Dans ce cas, l'enfant peut montrer plusieurs signaux d'alerte : tristesse, maux de ventre récurrents, troubles du sommeil, anxiété... Autant de manifestations d'un mal-être profond qu'il faut prendre au sérieux. Dans ce cas, « la première chose à faire est de se montrer sécurisant et disponible. Offrir une présence stable et réconfortante, être à l'écoute », recommande Sophie Maretto. Posez-lui des questions ouvertes sur les enfants qu'il connaît. Montrez de l'intérêt pour ce qu'il pense des autres et ce qu'il ressent avec ses pairs.

Lui offrir des outils Objectif, lui donner des outils pour aborder les

autres. Des jeux de rôle peuvent l'aider à apprendre à dire bonjour, proposer un jeu ou répondre à une invitation. On peut aussi proposer d'inviter à la maison un camarade pour favoriser un temps privilégié en dehors de l'environnement scolaire.



Inside-Creative-House-shutterstock

Le jeûne intermittent, entre bons points et mises en garde

Il lui arrive de le prôner... Diététicien-nutritionniste en Charente-Maritime, Nicolas Aubineau reçoit notamment des sportifs à qui il peut préconiser le jeûne intermittent. « Cela correspond à une privation volontaire de s'alimenter sur une période en général de 16 heures voire de 24 heures », expose-t-il. « Ce peut être entre le dîner et le déjeuner (ou goûter) du lendemain ou entre deux dîners ». Et de préciser : « en revanche, l'on continue de s'hydrater ».

Quant aux buts recherchés, ils sont de plusieurs ordres. « Il s'agit de soutenir le travail des éboueurs de notre corps que sont notamment le foie, les reins, les intestins et encore le côlon. », indique-t-il. Chez un

sportif, Nicolas Aubineau peut donc le préconiser dans des périodes de récupération, « un ou deux jours qui ne se suivent pas, par semaine ». Et pas toutes les semaines. Dans la littérature scientifique, le jeûne intermittent a aussi fait l'objet d'études dans la perte de poids. Avec des résultats semble-t-il, discutés. En 2022, l'Inserm rapportait que ce type de régime « n'était pas plus efficace que d'autres », sur ce plan. L'Institut de Cardiologie de Montréal exposait de son côté en 2024, « des résultats significatifs ».

Dans tous les cas, prévient Nicolas Aubineau, comme c'est le cas pour tous les régimes, « il ne s'agit pas de se lancer dans celui-ci, en présence de troubles du comportement alimentaire ou si l'alimentation est volontiers 'junk food' ». Non, celle-ci doit être « équilibrée, avec une pratique régulière d'activité physique », complète-t-il. Et de prôner notamment l'importance du fait-maison, ce qui limite l'absorption d'aliments transformés.

Tout savoir sur la cellulite
Comme le souligne la Société française de dermatologie (SFD), la cellulite désigne « un amas graisseux sous-cutané ». Elle le qualifie de « disgracieux » en référence à ces légers plis de peau qu'elle occasionne, lui donnant un aspect bosselé. Les spécialistes parlent eux, d'une lipodystrophie superficielle, définie comme une distribution anormale des masses adipeuses de l'organisme. Celle-ci est accompagnée d'une augmentation de la masse graisseuse de la partie

superficielle de l'hypoderme, le tissu cellulaire de la couche profonde de la peau, situé sous le derme. En d'autres termes, il s'agit des cellules graisseuses appelées adipocytes qui stockent de la graisse et prennent ainsi du volume. Deux autres facteurs sont associés : une rétention d'eau et une fibrose de tissus dits « péri-adipeux ».

Quels éléments déclencheurs ? Deux causes principales se dégagent pour expliquer ce phénomène : - l'effet des oestrogènes, des hormones féminines, ce qui explique pourquoi les femmes sont atteintes et pratiquement pas les hommes. Sans oublier le fait qu'elles ont aussi une peau plus fine, rendant plus visible la peau d'orange ; - une alimentation trop riche en gras et en sucres, parfois associée à un mode de vie sédentaire.

Quelle prise en charge ? Pour autant, « même les personnes sans surpoids avec une bonne condition physique peuvent avoir de la cellulite », précise sur son site internet, le Dr Christelle Santini. Laquelle préconise sur le plan de la prise en charge, de débiter par un rééquilibrage alimentaire qui laisse moins de place au gras et au sucré et davantage à des aliments comme les fruits et les légumes. Sans oublier la reprise d'une activité physique régulière.

Pour le reste, la SFD mentionne les traitements par lasers dermatologiques. Ils visent la

destruction « des adipocytes sans aspiration avec déplacement d'une sonde-laser dans la graisse sous-cutanée. C'est l'endo-laser qui par un mouvement de va-et-vient va provoquer une adipocytolyse ou destruction par la chaleur ou effet thermique des cellules ».

Des abricots gorgés de soleil

Fondant en bouche, l'abricot est l'un des fruits les plus suaves et sucrés de l'été. A croquer en dessert ou au goûter, en compote maison, servi en tarte, poêlé et parsemé d'amandes, ou cuit en confiture, il ravira vos papilles... sous toutes ses formes ! L'abricot est riche en potassium (240 mg pour 100g) et en fer (0,4 mg pour 100g), tous deux essentiels à l'oxygénation des cellules. Il renferme aussi des fibres constituées de pectine. Bien tolérée par les intestins, cette dernière aide à réduire le taux de mauvais cholestérol. Autre atout, sa teneur en bêta-carotène ! Dans l'organisme, ce caroténoïde se transforme en vitamine A, nécessaire à une bonne vision. Véritable puits de vitamines B, ce fruit orangé contribue aussi à la prévention des maladies cardiovasculaires et à la stimulation des fonctions cognitives. Peu calorique (50 kilocalories pour 100 g, c'est-à-dire l'équivalent de 3 fruits), l'abricot est aussi reconnu pour son pouvoir antioxydant. Lequel joue un rôle dans la réduction du risque cardiovasculaire, des cancers et des maladies

chroniques. Plus calorique que le fruit frais (230 kilocalories pour 100g), l'abricot sec a un pouvoir antioxydant plus élevé que le fruit frais. Il est tout aussi riche en potassium et en bêta-carotène. L'abricot sec est le précieux allié des sportifs en quête d'énergie sur la durée. Pendant l'effort, il diffuse en effet les ressources nécessaires à l'activité musculaire.



Anna Lurye-shutterstock



Les risques et traitements du mélanome

13:25:00 C'est une idée reçue qu'on essaie de combattre. Docteur, quels sont les risques quand on peut attraper? Je parle effectivement de ces cancers de la peau, les mélanome qui sont en augmentation lorsque il y a des cancers de la peau, les traitements aujourd'hui ils sont efficaces ou c'est encore compliqué? Le mélange c'est une maladie grave mais qui heureusement se soigne quand c'est détecté précocément. Donc il va falloir. Quand vous constatez une tache noire sur la peau qui est différente des autres, qui apparaît, ou alors un grain de beauté qui se modifie, il ne faut pas attendre, il ne faut pas attendre, il ne faut pas jouer à l'autruche, il faut consulter rapidement. Et heureusement. Et les grands, au stade précoce sont retirés. Et puis si on en reste là, et c'est de très bon pronostic. En revanche, les mélanomes qui évoluent, qui sont vu tardivement pris trop tard malheureusement, peuvent donner des formes métastatique, voire mortelles. 13:26:04 Heureusement, ces dernières années, il y a eu des progrès très importants qui ont été faits dans la prise en charge des cancers métastatique mélanome métastatique. C'est vraiment une révolution, mais ça va être une maladie grave. Chloé Les. Les bons gestes quand vous allez sur les plages. Est ce que justement vous sentez auprès des des parents alors que les enfants, il faut quand même les responsabiliser? Et puis parfois ils sont pris. La plage, les jeux, la laisse baigner, etc. Nous nous disons mais vous sentez quand même un retour positif de la part des des personnes que vous rencontrez sur le terrain? Oui, globalement, ça s'est bien perçu. Ils sont contents de pouvoir en discuter. Effectivement, ce n'est pas toujours facile il est vrai qu'avec des températures que l'on a que l'on va connaître dans les prochains jours, quand on a des 37, 38 voire 40 degrés comme on a pu avoir, là aussi c'est quelque chose qui évolue avec avec les années depuis quelques temps, docteur. 13:27:39 Oui, il faut bien faire le distinguo entre la température extérieure et la lumière. En fait, ce qui est dangereux, c'est la lumière. Par exemple, à la montagne, il fait froid, mais avec l'altitude, on a beaucoup de luminosité et les rayons. C'est là où c'est très dangereux. Donc il faut toujours distinguer la lumière de la chaleur. Et si bien que le meilleur moment pour aller à la plage, en fait, c'est la fin de la il fait encore très chaud, mais il y a beaucoup moins de lumière et on peut vraiment profiter de la chaleur et de la farniente sans brûler. 13:28:09

Santé. Après un cancer de la peau, ayez les bons réflexes pour en éviter un second

Après un cancer de la peau, le risque de développer une nouvelle tumeur cutanée est bien réel. La Société française de dermatologie entend sensibiliser les patients concernés pour que les bonnes pratiques – protection solaire, suivi dermatologique, dépistage – deviennent des réflexes durables.

01 / 02

02 / 02

Un cancer de la peau augmente le risque d'en développer un second. Pour rappel, le mélanome prend naissance dans les cellules de la peau appelées mélanocytes. Elles fabriquent la mélanine, ce pigment colorant la peau. Il est le cancer de la peau le plus rare (10 % des cancers cutanés) mais aussi le plus grave. Pour sa part, le carcinome basocellulaire ne se développe que localement et ne donne pas de métastases. Le carcinome épidermoïde est quant à lui beaucoup plus rare et peut être à l'origine de métastases. Il doit être traité rapidement. Pour les personnes qui ont été diagnostiquées et traitées pour l'un de ces cancers, le risque d'un second cancer cutané est élevé. « Le risque de survenue d'un nouveau carcinome ou d'un nouveau mélanome est significativement accru chez les patients ayant déjà eu un antécédent de cancer cutané, ce qui justifie une surveillance dermatologique rigoureuse et une photoprotection renforcée », alerte le Pr Ève Maubec, dermatologue à l'hôpital Avicenne (Bobigny), experte des cancers cutanés et membre de la Société française de dermatologie. Ainsi, selon les chiffres avancés par la SFD, 8 % des patients ayant eu un mélanome en développeront un second. Le risque de carcinome est également accru. Aussi apparaît-il essentiel que les patients concernés soient sensibilisés aux recommandations et les suivent. Des protections solaires efficaces Le rayonnement ultraviolet est le premier facteur de risque de cancers de la peau. Et l'incidence de celui-ci a considérablement augmenté en même temps que l'exposition au soleil "de loisir" s'est popularisée. Une étude australienne portant sur 1 383 patients dont environ un quart avait déjà eu un cancer cutané a « montré que l'application quotidienne d'un produit de protection solaire permettait de réduire de 39 % le risque de survenue de nouveau carcinome épidermoïde cutané mais ne permettait pas de réduire le risque de survenue de nouveau carcinome basocellulaire ». Toutefois, le temps d'apparition du second carcinome basocellulaire tendait à être plus long lorsque la crème solaire était quotidiennement appliquée. Si diverses études montrent que les personnes qui ont eu un carcinome changent leurs habitudes par rapport au soleil, cela reste insuffisant. Une étude française indique que 96 % des patients ayant eu un cancer de la peau étaient conscients du risque de cancer cutané lié au soleil. Pourtant, « seulement 59 % limitaient leur exposition solaire pendant les heures les plus chaudes, 45 % portaient un chapeau, 28 % portaient des vêtements couvrants, et seulement 35% utilisaient régulièrement un produit de protection solaire à indice élevé », précise la SFD. Ces bonnes pratiques qui devraient être des réflexes pour les patients : respecter le calendrier de surveillance dermatologique : un suivi doit être proposé au moins une fois par an ou adapté à chaque situation par le dermatologue ; pratiquer l'auto-dépistage cutané : il s'agit d'un examen de la peau à la recherche d'éventuelles lésions. Les personnes qui pratiquent cet auto-dépistage se voient détecter les tumeurs à un stade plus précoce. « Les miroirs, les photographies corporelles ou l'aide d'un proche peuvent s'avérer utiles,

notamment pour les zones difficiles d'accès comme le cuir chevelu ou le dos », conseille la SFD ;le moyen mnémotechnique ABCDE est une aide visuelle utile en cas de taches suspectes : Asymétrie, Bords irréguliers, Couleur, Diamètre, Evolution ;le signe du « vilain petit canard » : cette stratégie de reconnaissance est basée sur le fait que les grains se ressemblent tous chez une même personne et que si l'un est différent des autres, une consultation est nécessaire ;limiter son exposition au soleil (notamment quand l'indice UV est supérieur ou égal à 3) et éviter les cabines de bronzage artificiel ;porter des vêtements couvrants et des lunettes de soleil ;appliquer un produit solaire résistant à l'eau, avec une protection élevée (SPD 50), à appliquer à chaque exposition au soleil et à renouveler toutes les 2 heures ;se renseigner sur les médicaments que l'on prend : sont-ils photosensibilisants ? Si oui, il est nécessaire de redoubler de vigilance. La Société française de dermatologie appelle à renforcer les messages de prévention auprès des populations à risque et à intégrer systématiquement la prévention secondaire dans les parcours de soins.Articles les plus lusMagazine Santé

1

Santé.Le suivi des patients souffrant d'insuffisance cardiaque est catastrophique en ...

2

Vos questions, nos réponses.Pourquoi ne faut-il pas cueillir les fruits près du sol ?

3

Santé.Apnée du sommeil : le réchauffement climatique va aggraver le nombre de personnes ...



Santé. Après un cancer de la peau, ayez les bons réflexes pour en éviter un second

Après un cancer de la peau, le risque de développer une nouvelle tumeur cutanée est bien réel. La Société française de dermatologie entend sensibiliser les patients concernés pour que les bonnes pratiques – protection solaire, suivi dermatologique, dépistage – deviennent des réflexes durables.

01 / 02

02 / 02

Un cancer de la peau augmente le risque d'en développer un second. Pour rappel, le mélanome prend naissance dans les cellules de la peau appelées mélanocytes. Elles fabriquent la mélanine, ce pigment colorant la peau. Il est le cancer de la peau le plus rare (10 % des cancers cutanés) mais aussi le plus grave.

Pour sa part, le carcinome basocellulaire ne se développe que localement et ne donne pas de métastases. Le carcinome épidermoïde est quant à lui beaucoup plus rare et peut être à l'origine de métastases. Il doit être traité rapidement.

Pour les personnes qui ont été diagnostiquées et traitées pour l'un de ces cancers, le risque d'un second cancer cutané est élevé.

« Le risque de survenue d'un nouveau carcinome ou d'un nouveau mélanome est significativement accru chez les patients ayant déjà eu un antécédent de cancer cutané, ce qui justifie une surveillance dermatologique rigoureuse et une photoprotection renforcée », alerte le Pr Ève Maubec, dermatologue à l'hôpital Avicenne (Bobigny), experte des cancers cutanés et membre de la Société française de dermatologie.

Ainsi, selon les chiffres avancés par la SFD, 8 % des patients ayant eu en mélanome en développeront un second. Le risque de carcinome est également accru. Aussi apparaît-il essentiel que les patients concernés soient sensibilisés aux recommandations et les suivent.

Des protections solaires efficaces

Le rayonnement ultraviolet est le premier facteur de risque de cancers de la peau. Et l'incidence de celui-ci a considérablement augmenté en même temps que l'exposition au soleil "de loisir" s'est popularisée.

Une étude australienne portant sur 1 383 patients dont environ un quart avait déjà eu un cancer cutané a « montré que l'application quotidienne d'un produit de protection solaire permettait de réduire de 39 % le risque de survenue de nouveau carcinome épidermoïde cutané mais ne permettait pas de réduire le risque de survenue de nouveau carcinome basocellulaire ».



Toutefois, le temps d'apparition du second carcinome basocellulaire tendait à être plus long lorsque la crème solaire était quotidiennement appliquée.

Si diverses études montrent que les personnes qui ont eu un carcinome changent leurs habitudes par rapport au soleil, cela reste insuffisant. Une étude française indique que 96 % des patients ayant eu un cancer de la peau étaient conscients du risque de cancer cutané lié au soleil.

Pourtant, « seulement 59 % limitaient leur exposition solaire pendant les heures les plus chaudes, 45 % portaient un chapeau, 28 % portaient des vêtements couvrants, et seulement 35% utilisaient régulièrement un produit de protection solaire à indice élevé », précise la SFD.

Ces bonnes pratiques qui devraient être des réflexes pour les patients :

respecter le calendrier de surveillance dermatologique : un suivi doit être proposé au moins une fois par an ou adapté à chaque situation par le dermatologue ;

pratiquer l'auto-dépistage cutané : il s'agit d'un examen de la peau à la recherche d'éventuelles lésions. Les personnes qui pratiquent cet auto-dépistage se voient détecter les tumeurs à un stade plus précoce. « Les miroirs, les photographies corporelles ou l'aide d'un proche peuvent s'avérer utiles, notamment pour les zones difficiles d'accès comme le cuir chevelu ou le dos », conseille la SFD ;

le moyen mnémotechnique ABCDE est une aide visuelle utile en cas de taches suspectes : Asymétrie, Bords irréguliers, Couleur, Diamètre, Evolution ;

le signe du « vilain petit canard » : cette stratégie de reconnaissance est basée sur le fait que les grains se ressemblent tous chez une même personne et que si l'un est différent des autres, une consultation est nécessaire ;

limiter son exposition au soleil (notamment quand l'indice UV est supérieur ou égal à 3) et éviter les cabines de bronzage artificiel ;

porter des vêtements couvrants et des lunettes de soleil ;

appliquer un produit solaire résistant à l'eau, avec une protection élevée (SPD 50), à appliquer à chaque exposition au soleil et à renouveler toutes les 2 heures ;

se renseigner sur les médicaments que l'on prend : sont-ils photosensibilisants ? Si oui, il est nécessaire de redoubler de vigilance.

La Société française de dermatologie appelle à renforcer les messages de prévention auprès des populations à risque et à intégrer systématiquement la prévention secondaire dans les parcours de soins.



Santé. Après un cancer de la peau, ayez les bons réflexes pour en éviter un second

Après un cancer de la peau, le risque de développer une nouvelle tumeur cutanée est bien réel. La Société française de dermatologie entend sensibiliser les patients concernés pour que les bonnes pratiques – protection solaire, suivi dermatologique, dépistage – deviennent des réflexes durables.

01 / 02

02 / 02

Un cancer de la peau augmente le risque d'en développer un second. Pour rappel, le mélanome prend naissance dans les cellules de la peau appelées mélanocytes. Elles fabriquent la mélanine, ce pigment colorant la peau. Il est le cancer de la peau le plus rare (10 % des cancers cutanés) mais aussi le plus grave.

Pour sa part, le carcinome basocellulaire ne se développe que localement et ne donne pas de métastases. Le carcinome épidermoïde est quant à lui beaucoup plus rare et peut être à l'origine de métastases. Il doit être traité rapidement.

Pour les personnes qui ont été diagnostiquées et traitées pour l'un de ces cancers, le risque d'un second cancer cutané est élevé.

« Le risque de survenue d'un nouveau carcinome ou d'un nouveau mélanome est significativement accru chez les patients ayant déjà eu un antécédent de cancer cutané, ce qui justifie une surveillance dermatologique rigoureuse et une photoprotection renforcée », alerte le Pr Ève Maubec, dermatologue à l'hôpital Avicenne (Bobigny), experte des cancers cutanés et membre de la Société française de dermatologie.

Ainsi, selon les chiffres avancés par la SFD, 8 % des patients ayant eu en mélanome en développeront un second. Le risque de carcinome est également accru. Aussi apparaît-il essentiel que les patients concernés soient sensibilisés aux recommandations et les suivent.

Des protections solaires efficaces

Le rayonnement ultraviolet est le premier facteur de risque de cancers de la peau. Et l'incidence de celui-ci a considérablement augmenté en même temps que l'exposition au soleil "de loisir" s'est popularisée.

Une étude australienne portant sur 1 383 patients dont environ un quart avait déjà eu un cancer cutané a « montré que l'application quotidienne d'un produit de protection solaire permettait de réduire de 39 % le risque de survenue de nouveau carcinome épidermoïde cutané mais ne permettait pas de réduire le risque de survenue de nouveau carcinome basocellulaire ».



Toutefois, le temps d'apparition du second carcinome basocellulaire tendait à être plus long lorsque la crème solaire était quotidiennement appliquée.

Si diverses études montrent que les personnes qui ont eu un carcinome changent leurs habitudes par rapport au soleil, cela reste insuffisant. Une étude française indique que 96 % des patients ayant eu un cancer de la peau étaient conscients du risque de cancer cutané lié au soleil.

Pourtant, « seulement 59 % limitaient leur exposition solaire pendant les heures les plus chaudes, 45 % portaient un chapeau, 28 % portaient des vêtements couvrants, et seulement 35% utilisaient régulièrement un produit de protection solaire à indice élevé », précise la SFD.

Ces bonnes pratiques qui devraient être des réflexes pour les patients :

respecter le calendrier de surveillance dermatologique : un suivi doit être proposé au moins une fois par an ou adapté à chaque situation par le dermatologue ;

pratiquer l'auto-dépistage cutané : il s'agit d'un examen de la peau à la recherche d'éventuelles lésions. Les personnes qui pratiquent cet auto-dépistage se voient détecter les tumeurs à un stade plus précoce. « Les miroirs, les photographies corporelles ou l'aide d'un proche peuvent s'avérer utiles, notamment pour les zones difficiles d'accès comme le cuir chevelu ou le dos », conseille la SFD ;

le moyen mnémotechnique ABCDE est une aide visuelle utile en cas de taches suspectes : Asymétrie, Bords irréguliers, Couleur, Diamètre, Evolution ;

le signe du « vilain petit canard » : cette stratégie de reconnaissance est basée sur le fait que les grains se ressemblent tous chez une même personne et que si l'un est différent des autres, une consultation est nécessaire ;

limiter son exposition au soleil (notamment quand l'indice UV est supérieur ou égal à 3) et éviter les cabines de bronzage artificiel ;

porter des vêtements couvrants et des lunettes de soleil ;

appliquer un produit solaire résistant à l'eau, avec une protection élevée (SPD 50), à appliquer à chaque exposition au soleil et à renouveler toutes les 2 heures ;

se renseigner sur les médicaments que l'on prend : sont-ils photosensibilisants ? Si oui, il est nécessaire de redoubler de vigilance.

La Société française de dermatologie appelle à renforcer les messages de prévention auprès des populations à risque et à intégrer systématiquement la prévention secondaire dans les parcours de soins.



Santé. Après un cancer de la peau, ayez les bons réflexes pour en éviter un second

Après un cancer de la peau, le risque de développer une nouvelle tumeur cutanée est bien réel. La Société française de dermatologie entend sensibiliser les patients concernés pour que les bonnes pratiques – protection solaire, suivi dermatologique, dépistage – deviennent des réflexes durables.

01 / 02

02 / 02

Un cancer de la peau augmente le risque d'en développer un second. Pour rappel, le mélanome prend naissance dans les cellules de la peau appelées mélanocytes. Elles fabriquent la mélanine, ce pigment colorant la peau. Il est le cancer de la peau le plus rare (10 % des cancers cutanés) mais aussi le plus grave. Pour sa part, le carcinome basocellulaire ne se développe que localement et ne donne pas de métastases. Le carcinome épidermoïde est quant à lui beaucoup plus rare et peut être à l'origine de métastases. Il doit être traité rapidement. Pour les personnes qui ont été diagnostiquées et traitées pour l'un de ces cancers, le risque d'un second cancer cutané est élevé. « Le risque de survenue d'un nouveau carcinome ou d'un nouveau mélanome est significativement accru chez les patients ayant déjà eu un antécédent de cancer cutané, ce qui justifie une surveillance dermatologique rigoureuse et une photoprotection renforcée », alerte le Pr Ève Maubec, dermatologue à l'hôpital Avicenne (Bobigny), experte des cancers cutanés et membre de la Société française de dermatologie. Ainsi, selon les chiffres avancés par la SFD, 8 % des patients ayant eu un mélanome en développeront un second. Le risque de carcinome est également accru. Aussi apparaît-il essentiel que les patients concernés soient sensibilisés aux recommandations et les suivent. Des protections solaires efficaces Le rayonnement ultraviolet est le premier facteur de risque de cancers de la peau. Et l'incidence de celui-ci a considérablement augmenté en même temps que l'exposition au soleil "de loisir" s'est popularisée. Une étude australienne portant sur 1 383 patients dont environ un quart avait déjà eu un cancer cutané a « montré que l'application quotidienne d'un produit de protection solaire permettait de réduire de 39 % le risque de survenue de nouveau carcinome épidermoïde cutané mais ne permettait pas de réduire le risque de survenue de nouveau carcinome basocellulaire ». Toutefois, le temps d'apparition du second carcinome basocellulaire tendait à être plus long lorsque la crème solaire était quotidiennement appliquée. Si diverses études montrent que les personnes qui ont eu un carcinome changent leurs habitudes par rapport au soleil, cela reste insuffisant. Une étude française indique que 96 % des patients ayant eu un cancer de la peau étaient conscients du risque de cancer cutané lié au soleil. Pourtant, « seulement 59 % limitaient leur exposition solaire pendant les heures les plus chaudes, 45 % portaient un chapeau, 28 % portaient des vêtements couvrants, et seulement 35% utilisaient régulièrement un produit de protection solaire à indice élevé », précise la SFD. Ces bonnes pratiques qui devraient être des réflexes pour les patients : respecter le calendrier de surveillance dermatologique : un suivi doit être proposé au moins une fois par an ou adapté à chaque situation par le dermatologue ; pratiquer l'auto-dépistage cutané : il s'agit d'un examen de la peau à la recherche d'éventuelles lésions. Les personnes qui pratiquent cet auto-dépistage se voient détecter les tumeurs à un stade plus précoce. « Les miroirs, les photographies corporelles ou l'aide d'un proche peuvent s'avérer utiles,



notamment pour les zones difficiles d'accès comme le cuir chevelu ou le dos », conseille la SFD ;le moyen mnémotechnique ABCDE est une aide visuelle utile en cas de taches suspectes : Asymétrie, Bords irréguliers, Couleur, Diamètre, Evolution ;le signe du « vilain petit canard » : cette stratégie de reconnaissance est basée sur le fait que les grains se ressemblent tous chez une même personne et que si l'un est différent des autres, une consultation est nécessaire ;limiter son exposition au soleil (notamment quand l'indice UV est supérieur ou égal à 3) et éviter les cabines de bronzage artificiel ;porter des vêtements couvrants et des lunettes de soleil ;appliquer un produit solaire résistant à l'eau, avec une protection élevée (SPD 50), à appliquer à chaque exposition au soleil et à renouveler toutes les 2 heures ;se renseigner sur les médicaments que l'on prend : sont-ils photosensibilisants ? Si oui, il est nécessaire de redoubler de vigilance. La Société française de dermatologie appelle à renforcer les messages de prévention auprès des populations à risque et à intégrer systématiquement la prévention secondaire dans les parcours de soins.Articles les plus lusMagazine Santé

1

Santé.Le suivi des patients souffrant d'insuffisance cardiaque est catastrophique en ...

2

Santé.Chikungunya : un premier cas autochtone détecté en France métropolitaine

3

Santé.Apnée du sommeil : le réchauffement climatique va aggraver le nombre de personnes ...



Santé. Après un cancer de la peau, ayez les bons réflexes pour en éviter un second

Après un cancer de la peau, le risque de développer une nouvelle tumeur cutanée est bien réel. La Société française de dermatologie entend sensibiliser les patients concernés pour que les bonnes pratiques – protection solaire, suivi dermatologique, dépistage – deviennent des réflexes durables.

01 / 02

02 / 02

Un cancer de la peau augmente le risque d'en développer un second. Pour rappel, le mélanome prend naissance dans les cellules de la peau appelées mélanocytes. Elles fabriquent la mélanine, ce pigment colorant la peau. Il est le cancer de la peau le plus rare (10 % des cancers cutanés) mais aussi le plus grave.

Pour sa part, le carcinome basocellulaire ne se développe que localement et ne donne pas de métastases. Le carcinome épidermoïde est quant à lui beaucoup plus rare et peut être à l'origine de métastases. Il doit être traité rapidement.

Pour les personnes qui ont été diagnostiquées et traitées pour l'un de ces cancers, le risque d'un second cancer cutané est élevé.

« Le risque de survenue d'un nouveau carcinome ou d'un nouveau mélanome est significativement accru chez les patients ayant déjà eu un antécédent de cancer cutané, ce qui justifie une surveillance dermatologique rigoureuse et une photoprotection renforcée », alerte le Pr Ève Maubec, dermatologue à l'hôpital Avicenne (Bobigny), experte des cancers cutanés et membre de la Société française de dermatologie.

Ainsi, selon les chiffres avancés par la SFD, 8 % des patients ayant eu un mélanome en développeront un second. Le risque de carcinome est également accru. Aussi apparaît-il essentiel que les patients concernés soient sensibilisés aux recommandations et les suivent.

Des protections solaires efficaces

Le rayonnement ultraviolet est le premier facteur de risque de cancers de la peau. Et l'incidence de celui-ci a considérablement augmenté en même temps que l'exposition au soleil "de loisir" s'est popularisée.

Une étude australienne portant sur 1 383 patients dont environ un quart avait déjà eu un cancer cutané a « montré que l'application quotidienne d'un produit de protection solaire permettait de réduire de 39 % le risque de survenue de nouveau carcinome épidermoïde cutané mais ne permettait pas de réduire le risque de survenue de nouveau carcinome basocellulaire ».



Toutefois, le temps d'apparition du second carcinome basocellulaire tendait à être plus long lorsque la crème solaire était quotidiennement appliquée.

Si diverses études montrent que les personnes qui ont eu un carcinome changent leurs habitudes par rapport au soleil, cela reste insuffisant. Une étude française indique que 96 % des patients ayant eu un cancer de la peau étaient conscients du risque de cancer cutané lié au soleil.

Pourtant, « seulement 59 % limitaient leur exposition solaire pendant les heures les plus chaudes, 45 % portaient un chapeau, 28 % portaient des vêtements couvrants, et seulement 35% utilisaient régulièrement un produit de protection solaire à indice élevé », précise la SFD.

Ces bonnes pratiques qui devraient être des réflexes pour les patients :

respecter le calendrier de surveillance dermatologique : un suivi doit être proposé au moins une fois par an ou adapté à chaque situation par le dermatologue ;

pratiquer l'auto-dépistage cutané : il s'agit d'un examen de la peau à la recherche d'éventuelles lésions. Les personnes qui pratiquent cet auto-dépistage se voient détecter les tumeurs à un stade plus précoce. « Les miroirs, les photographies corporelles ou l'aide d'un proche peuvent s'avérer utiles, notamment pour les zones difficiles d'accès comme le cuir chevelu ou le dos », conseille la SFD ;

le moyen mnémotechnique ABCDE est une aide visuelle utile en cas de taches suspectes : Asymétrie, Bords irréguliers, Couleur, Diamètre, Evolution ;

le signe du « vilain petit canard » : cette stratégie de reconnaissance est basée sur le fait que les grains se ressemblent tous chez une même personne et que si l'un est différent des autres, une consultation est nécessaire ;

limiter son exposition au soleil (notamment quand l'indice UV est supérieur ou égal à 3) et éviter les cabines de bronzage artificiel ;

porter des vêtements couvrants et des lunettes de soleil ;

appliquer un produit solaire résistant à l'eau, avec une protection élevée (SPD 50), à appliquer à chaque exposition au soleil et à renouveler toutes les 2 heures ;

se renseigner sur les médicaments que l'on prend : sont-ils photosensibilisants ? Si oui, il est nécessaire de redoubler de vigilance.

La Société française de dermatologie appelle à renforcer les messages de prévention auprès des populations à risque et à intégrer systématiquement la prévention secondaire dans les parcours de soins.



Santé. Après un cancer de la peau, ayez les bons réflexes pour en éviter un second

Après un cancer de la peau, le risque de développer une nouvelle tumeur cutanée est bien réel. La Société française de dermatologie entend sensibiliser les patients concernés pour que les bonnes pratiques – protection solaire, suivi dermatologique, dépistage – deviennent des réflexes durables.

01 / 02

02 / 02

Un cancer de la peau augmente le risque d'en développer un second. Pour rappel, le mélanome prend naissance dans les cellules de la peau appelées mélanocytes. Elles fabriquent la mélanine, ce pigment colorant la peau. Il est le cancer de la peau le plus rare (10 % des cancers cutanés) mais aussi le plus grave.

Pour sa part, le carcinome basocellulaire ne se développe que localement et ne donne pas de métastases. Le carcinome épidermoïde est quant à lui beaucoup plus rare et peut être à l'origine de métastases. Il doit être traité rapidement.

Pour les personnes qui ont été diagnostiquées et traitées pour l'un de ces cancers, le risque d'un second cancer cutané est élevé.

« Le risque de survenue d'un nouveau carcinome ou d'un nouveau mélanome est significativement accru chez les patients ayant déjà eu un antécédent de cancer cutané, ce qui justifie une surveillance dermatologique rigoureuse et une photoprotection renforcée », alerte le Pr Ève Maubec, dermatologue à l'hôpital Avicenne (Bobigny), experte des cancers cutanés et membre de la Société française de dermatologie.

Ainsi, selon les chiffres avancés par la SFD, 8 % des patients ayant eu en mélanome en développeront un second. Le risque de carcinome est également accru. Aussi apparaît-il essentiel que les patients concernés soient sensibilisés aux recommandations et les suivent.

Des protections solaires efficaces

Le rayonnement ultraviolet est le premier facteur de risque de cancers de la peau. Et l'incidence de celui-ci a considérablement augmenté en même temps que l'exposition au soleil "de loisir" s'est popularisée.

Une étude australienne portant sur 1 383 patients dont environ un quart avait déjà eu un cancer cutané a « montré que l'application quotidienne d'un produit de protection solaire permettait de réduire de 39 % le risque de survenue de nouveau carcinome épidermoïde cutané mais ne permettait pas de réduire le risque de survenue de nouveau carcinome basocellulaire ».



Toutefois, le temps d'apparition du second carcinome basocellulaire tendait à être plus long lorsque la crème solaire était quotidiennement appliquée.

Si diverses études montrent que les personnes qui ont eu un carcinome changent leurs habitudes par rapport au soleil, cela reste insuffisant. Une étude française indique que 96 % des patients ayant eu un cancer de la peau étaient conscients du risque de cancer cutané lié au soleil.

Pourtant, « seulement 59 % limitaient leur exposition solaire pendant les heures les plus chaudes, 45 % portaient un chapeau, 28 % portaient des vêtements couvrants, et seulement 35% utilisaient régulièrement un produit de protection solaire à indice élevé », précise la SFD.

Ces bonnes pratiques qui devraient être des réflexes pour les patients :

respecter le calendrier de surveillance dermatologique : un suivi doit être proposé au moins une fois par an ou adapté à chaque situation par le dermatologue ;

pratiquer l'auto-dépistage cutané : il s'agit d'un examen de la peau à la recherche d'éventuelles lésions. Les personnes qui pratiquent cet auto-dépistage se voient détecter les tumeurs à un stade plus précoce. « Les miroirs, les photographies corporelles ou l'aide d'un proche peuvent s'avérer utiles, notamment pour les zones difficiles d'accès comme le cuir chevelu ou le dos », conseille la SFD ;

le moyen mnémotechnique ABCDE est une aide visuelle utile en cas de taches suspectes : Asymétrie, Bords irréguliers, Couleur, Diamètre, Evolution ;

le signe du « vilain petit canard » : cette stratégie de reconnaissance est basée sur le fait que les grains se ressemblent tous chez une même personne et que si l'un est différent des autres, une consultation est nécessaire ;

limiter son exposition au soleil (notamment quand l'indice UV est supérieur ou égal à 3) et éviter les cabines de bronzage artificiel ;

porter des vêtements couvrants et des lunettes de soleil ;

appliquer un produit solaire résistant à l'eau, avec une protection élevée (SPD 50), à appliquer à chaque exposition au soleil et à renouveler toutes les 2 heures ;

se renseigner sur les médicaments que l'on prend : sont-ils photosensibilisants ? Si oui, il est nécessaire de redoubler de vigilance.

La Société française de dermatologie appelle à renforcer les messages de prévention auprès des populations à risque et à intégrer systématiquement la prévention secondaire dans les parcours de soins.



Tout comprendre à la cellulite

Dermatologie

Tout comprendre à la cellulite

Comme le souligne la Société française de dermatologie (SFD), la cellulite désigne « un amas graisseux sous-cutané ». Les spécialistes parlent eux, d'une lipodystrophie superficielle, définie comme une distribution anormale des masses adipeuses de l'organisme. Celle-ci est accompagnée d'une augmentation de la masse graisseuse de la partie superficielle de l'hypoderme, le tissu cellulaire de la couche profonde de la peau, situé sous le derme. En d'autres termes, il s'agit des cellules qui stockent de la graisse et prennent du volume. Deux autres facteurs sont associés : une rétention d'eau et une fibrose de tissus dits

« péri-adipeux ».

Deux causes principales se dégagent pour expliquer ce phénomène.

L'effet des œstrogènes, des hormones féminines, ce qui explique pourquoi les femmes sont atteintes et pratiquement pas les hommes. Sans oublier le fait qu'elles ont aussi une peau plus fine, rendant plus visible la peau d'orange. Une alimentation trop riche en gras et en sucres, parfois associée à un mode de vie sédentaire.

Ceci dit, « même les personnes sans surpoids avec une bonne condition physique peuvent avoir de la cellulite », précise sur son site internet, le Dr Christelle Santini.

Elle préconise sur le plan de la prise en charge, de débiter par un rééquilibrage alimentaire qui laisse

moins de place au gras et au sucré et davantage à des aliments comme les fruits et les légumes. Sans oublier la reprise d'une activité physique régulière. Pour le reste, la SFD mentionne les traitements par lasers dermatologiques. Ils visent la destruction « des adipocytes sans aspiration avec déplacement d'une sonde-laser dans la graisse sous-cutanée. C'est l'endo-laser qui va provoquer une adipocytolyse ou destruction par la chaleur ou effet thermique des cellules ». ■



Tout savoir sur la cellulite

Comme le souligne la Société française de dermatologie (SFD), la cellulite désigne « un amas graisseux sous-cutané ». Elle le qualifie de « disgracieux » en référence à ces légers plis de peaux qu'elle occasionne, lui donnant un aspect bosselé.

Les spécialistes parlent eux, d'une lipodystrophie superficielle, définie comme une distribution anormale des masses adipeuses de l'organisme. Celle-ci est accompagnée d'une augmentation de la masse graisseuse de la partie superficielle de l'hypoderme, le tissu cellulaire de la couche profonde de la peau, situé sous le derme.

En d'autres termes, il s'agit des cellules graisseuses – appelées adipocytes – qui stockent de la graisse et prennent ainsi du volume. Deux autres facteurs sont associés : une rétention d'eau et une fibrose de tissus dits « péri-adipeux ».

Quels éléments déclencheurs ?

Deux causes principales se dégagent pour expliquer ce phénomène :

- l'effet des œstrogènes, des hormones féminines, ce qui explique pourquoi les femmes sont atteintes et pratiquement pas les hommes.

Sans oublier le fait qu'elles ont aussi une peau plus fine, rendant plus visible la peau d'orange ;

- une alimentation trop riche en gras et en sucres, parfois associée à un mode de vie sédentaire.

Quelle prise en charge ?

Pour autant, « même les personnes sans surpoids avec une bonne condition physique peuvent avoir de la cellulite », précise sur son site internet le D r Christelle Santini.

Laquelle préconise sur le plan de la prise en charge, de débiter par un rééquilibrage alimentaire qui laisse moins de place au gras et au sucré et davantage à des aliments comme les fruits et les légumes. Sans oublier la reprise d'une activité physique régulière.

Pour le reste, la SFD mentionne les traitements par lasers dermatologiques. Ils visent la destruction « des adipocytes sans aspiration avec déplacement d'une sonde-laser dans la graisse sous-cutanée. C'est l'endo-laser qui par un mouvement de va-et-vient va provoquer une adipocytolyse ou destruction par la chaleur ou effet thermique des cellules ».



La cellulite désigne « un amas graisseux sous-cutané ».

Tout savoir sur la cellulite

Comme le souligne la Société française de dermatologie (SFD), la cellulite désigne « un amas graisseux sous-cutané ». Elle le qualifie de « disgracieux » en référence à ces légers plis de peaux qu'elle occasionne, lui donnant un aspect bosselé.

Les spécialistes parlent eux, d'une lipodystrophie superficielle, définie comme une distribution anormale des masses adipeuses de l'organisme. Celle-ci est accompagnée d'une augmentation de la masse graisseuse de la partie superficielle de l'hypoderme, le tissu cellulaire de la couche profonde de la peau, situé sous le derme.

En d'autres termes, il s'agit des cellules graisseuses – appelées adipocytes – qui stockent de la graisse et prennent ainsi du volume. Deux autres facteurs sont associés : une rétention d'eau et une fibrose de tissus dits « péri-adipeux ».

Quels éléments déclencheurs ?

Deux causes principales se dégagent pour expliquer ce phénomène :

- l'effet des œstrogènes, des hormones féminines, ce qui explique pourquoi les femmes sont atteintes et pratiquement pas les hommes.

Sans oublier le fait qu'elles ont aussi une peau plus fine, rendant plus visible la peau d'orange ;

- une alimentation trop riche en gras et en sucres, parfois associée à un mode de vie sédentaire.

Quelle prise en charge ?

Pour autant, « même les personnes sans surpoids avec une bonne condition physique peuvent avoir de la cellulite », précise sur son site internet le D r Christelle Santini.

Laquelle préconise sur le plan de la prise en charge, de débiter par un rééquilibrage alimentaire qui laisse moins de place au gras et au sucré et davantage à des aliments comme les fruits et les légumes. Sans oublier la reprise d'une activité physique régulière.

Pour le reste, la SFD mentionne les traitements par lasers dermatologiques. Ils visent la destruction « des adipocytes sans aspiration avec déplacement d'une sonde-laser dans la graisse sous-cutanée. C'est l'endo-laser qui par un mouvement de va-et-vient va provoquer une adipocytolyse ou destruction par la chaleur ou effet thermique des cellules ».



La cellulite désigne « un amas graisseux sous-cutané ».



Tout savoir sur l'acné

L'acné est une pathologie inflammatoire du follicule pilosébacé évoluant généralement par poussées durant plusieurs années. Après un traitement d'attaque dépendant de la sévérité de l'atteinte, la prise en charge au long cours repose sur la régularité des soins et les conseils dermocosmétiques.



L'acné est une pathologie inflammatoire du follicule pilosébacé évoluant généralement par poussées durant plusieurs années. Après un traitement d'attaque dépendant de la sévérité de l'atteinte, la prise en charge au long cours repose sur la régularité des soins et les conseils dermocosmétiques.

Physiopathologie

Les glandes sébacées sont annexées aux poils (sauf, par exemple, au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds), formant les follicules pilosébacés. Elles sécrètent le sébum, substance lipidique qui compose le film hydrolipidique cutané, conférant protection et confort à la peau et participant à l'équilibre du microbiote cutané. Déversé dans le canal excréteur de la glande, le sébum s'écoule dans le canal pileux qui débouche au niveau de l'épiderme à la base du poil.

Les glandes sébacées sont particulièrement nombreuses au niveau du cuir chevelu et de la zone médiofaciale du visage, appelée zone « T » (front, nez, menton), mais aussi au niveau des épaules, du haut du dos et du thorax.

Elles comportent des récepteurs aux androgènes, sensibles à la dihydrotestostérone. Elle-même peut être produite par les glandes sébacées à partir de la testostérone libre circulante grâce à une enzyme, la 5- α -réductase de type 1, très présente dans les glandes sébacées du visage et du cuir chevelu.

Hyperséborrhée

L'hyperséborrhée est la condition première à la survenue des lésions d'acné. Physiologique à l'adolescence, elle résulte d'une augmentation du taux d'androgènes circulants ou d'une sensibilité



accrue des récepteurs androgéniques.

Formation des lésions

Une hyperkératinisation liée à des anomalies de la prolifération et de la différenciation des kératinocytes obstrue le canal pileaire. Le sébum sécrété en excès ne peut plus être évacué, ce qui induit une dilatation du follicule et la formation de lésions rétentionnelles, appelées comédons.

Ces lésions rétentionnelles favorisent la prolifération d'une bactérie du microbiote cutané, *Cutibacterium acnes* (anciennement appelée *Propionibacterium acnes*), ce qui conduit à une réaction inflammatoire favorisant la destruction de la paroi du follicule, la diffusion de l'inflammation et l'apparition des lésions inflammatoires d'acné, plus ou moins profondes (papules, pustules, nodules, voir Signes cliniques)

Facteurs favorisants

Génétique et hormones. Il existe une plus grande fréquence et sévérité de l'acné en cas d'antécédents familiaux et une plus grande sévérité des lésions en période prémenstruelle chez la femme ou parfois au cours de la grossesse (même si les estrogènes semblent exercer un rôle plutôt « protecteur »).

Autres. Le rôle de l'alimentation est débattu : certaines études observationnelles rapportent un lien entre la consommation d'aliments à haut indice glycémique ou la consommation de lait (notamment écrémé) et l'acné, mais le niveau de preuve est trop faible pour donner lieu à des restrictions nutritionnelles de produits laitiers, a fortiori chez des adolescents.

Des cosmétiques comédogènes sont parfois en cause : cire d'abeille, beurre de cacao, lanoline, voire huiles végétales, esters gras, etc. Quelques études suggèrent le rôle des whey protéines (protéines de lactosérum utilisées pour augmenter la masse musculaire) dans l'apparition de l'acné.

Origine iatrogène. Différents médicaments exposent à une acné ou l'aggravent : androgènes, corticoïdes, lithium, phénytoïne, certains immunosuppresseurs (tels que le tacrolimus), des antitumoraux (afatinib, lapatinib, dasatinib, etc.). Des progestatifs de 1^e ou 2^e génération (noréthistérone, lévonorgestrel), plus androgéniques que les progestatifs de 3^e ou 4^e génération, peuvent également être en cause.

Info+

Des huiles industrielles minérales ou de synthèse peuvent être à l'origine de poussées acnéiformes (relevant de maladies professionnelles) disparaissant en plusieurs semaines après suppression du contact.

Signes cliniques

L'hyperséborrhée se manifeste par un aspect de peau grasse, brillante avec des pores dilatés, notamment au niveau de la zone médiofaciale puis sur les joues, parfois les épaules et le tronc.

Rapidement apparaissent des lésions rétentionnelles qui sont de deux types :



- comédons ouverts ou « points noirs » liés à l'accumulation des kératinocytes qui s'oxydent ;
- comédons fermés ou « points blancs » ou microkystes liés à l'accumulation de sébum qui entraînent un bombement localisé de 2 à 3 mm de la peau.

Les lésions inflammatoires liées à la prolifération bactérienne peuvent être superficielles ou profondes. Les lésions superficielles, parfois douloureuses, sont des papules (boutons rouges en relief de 1 à 5 mm) pouvant se résorber ou évoluer vers des pustules (bouton contenant du pus). Les lésions profondes correspondent à des nodules (formant un bouton douloureux de plus de 5 à 10 mm de diamètre), pouvant se rompre ou évoluer vers un abcès.

Les différentes formes d'acné

L'acné polymorphe (ou mixte) juvénile est la forme la plus fréquente avec, le plus souvent, la coexistence de lésions rétentionnelles et inflammatoires.

L'acné de l'adulte, plus fréquente chez la femme, est souvent le prolongement d'une acné juvénile ou, plus rarement, une acné d'installation tardive après 25 ans. Il s'agit généralement d'une acné légère à modérée, prédominant au niveau du menton et de la mandibule, avec une aggravation prémenstruelle. Une acné sévère, résistante au traitement fait suspecter une endocrinopathie.

L'acné néonatale apparaît les premières semaines de vie du nourrisson, due aux changements hormonaux post-accouchement, et régresse spontanément en quelques semaines.

Info+

L'acné fulminans (ou fulminante) est une évolution exceptionnelle d'acné atteignant les hommes, caractérisée par une éruption brutale de nodules pouvant s'ulcérer et souvent accompagnée de fièvre (> 39 °C) et d'arthralgies. Elle nécessite un traitement spécifique par corticothérapie générale.

Diagnostic

Le diagnostic est essentiellement clinique. L'échelle GEA (Global Acne Evaluation) permet de graduer la sévérité de l'acné et guide la prise en charge.

Chez l'adulte, une acné d'apparition récente fait rechercher l'usage d'un cosmétique inadapté ou une origine iatrogène : l'acné étant généralement réversible à l'arrêt du traitement. Une endocrinopathie est suspectée chez la femme devant une acné grave et résistante au traitement ou associée à des signes d'hyperandrogénie (hirsutisme, dysménorrhée, etc.) : des explorations hormonales sont alors réalisées. La cause la plus fréquente est le syndrome des ovaires polykystiques.

Évolution et complications

L'acné est le plus souvent une affection bénigne qui régresse spontanément vers 20 ans ou parfois un peu plus tard. Néanmoins, quelle que soit sa sévérité, elle peut fortement affecter la qualité de vie avec des répercussions psychologiques conséquentes : troubles de l'humeur, altération de l'image de soi, difficultés relationnelles, dépression, etc.



Les cicatrices sont l'une des complications les plus redoutées. Elles sont favorisées par une prise en charge tardive ou par la manipulation des comédons ou des boutons. Les peaux « foncées » sont également plus à risque. Par ailleurs, plus l'inflammation est sévère et profonde, plus le risque de cicatrices irréversibles augmente. Elles peuvent être en creux (atrophiques) ou en relief (hypertrophiques ou chéloïdes) correspondant alors à des modifications fibreuses de la peau.

Le traitement

Un traitement d'attaque vise à obtenir une réduction ou une disparition des lésions, à prévenir la survenue de lésions cicatricielles et le retentissement psychosocial. Un traitement d'entretien permet d'éviter les rechutes.

Stratégie thérapeutique

Généralités

Le délai de guérison de l'acné étant imprévisible, il est important d'informer le patient que les traitements n'ont qu'un caractère suspensif : ils en atténuent les symptômes mais à leur arrêt, des récurrences sont fréquentes, d'où la nécessité d'un traitement d'entretien.

Le choix des traitements est conditionné par la sévérité de l'acné. Les résultats ne sont souvent perçus qu'après plusieurs jours ou semaines, et sont conditionnés par la régularité des prises ou applications. Ils sont généralement évalués au bout de 3 mois.

Traitements locaux. Il est conseillé de les appliquer le soir au coucher, un jour sur 2, voire un jour sur 3, avant d'augmenter progressivement les fréquences d'application, au risque d'irritations à l'origine de découragements et de pertes d'observance.

Antibiothérapie. L'antibiothérapie orale est prescrite pour une durée de 3 mois maximum pour limiter la survenue de résistances bactériennes. Pour la même raison, les antibiotiques locaux, en pratique très peu utilisés, sont toujours associés à un autre traitement local pour limiter le risque de résistance bactérienne. Leur association à une antibiothérapie orale n'est pas recommandée.

Dermocosmétiques. Ils optimisent l'efficacité des traitements ou en diminuent les effets indésirables (voir Conseils)

Choix du traitement

Dans les formes légères (grade 1 ou 2). Le traitement est local : rétinoïdes locaux (adapalène, trétinoïne, etc.) dans les formes rétentionnelles, peroxyde de benzoyle dans les formes inflammatoires ou association des deux molécules dont l'efficacité est supérieure à chacun des produits seuls. Les crèmes combinant les deux molécules facilitent l'observance.

En cas d'échec, il est proposé :

- de majorer les posologies en fonction de la tolérance ;
- de changer de molécules en utilisant une antibiothérapie locale à la place du peroxyde de benzoyle, bien que celle-ci ait une efficacité limitée, ou l'acide azélaïque (non remboursé) en



alternative au rétinoïde ;

– d'associer une antibiothérapie orale (doxycycline ou lymécycline ou, en cas de contre-indication, érythromycine) à un traitement local (peroxyde de benzoyle et rétinoïdes).

Le zinc, d'efficacité modérée, peut constituer une alternative à l'antibiothérapie orale. Il est le seul traitement ne présentant pas de risque d'effet photosensibilisant ou irritant en cas d'exposition solaire.

Dans les formes moyennes ou sévères (grade 3 ou 4). En fonction du retentissement sur la qualité de vie, il peut être proposé un traitement local (rétinoïde et peroxyde de benzoyle) ou une antibiothérapie orale.

En cas d'échec ou dans les formes plus sévères, l'isotrétinoïne orale est indiquée : au moins 0,5 mg/kg/j en attaque, jusqu'à une dose cumulée sur la totalité de la durée du traitement comprise entre 120 et 150 mg/kg (une cure de 16 à 24 semaines suffit habituellement à atteindre la rémission).

Dans les formes très sévères. L'isotrétinoïne est recommandée. En cas de composante rétentionnelle importante, la molécule peut être débutée à dose plus faible (0,2 à 0,3 mg/kg/j) afin de réduire les risques d'exacerbation d'acné possibles en début de traitement.

Traitement d'entretien. En relais du traitement d'attaque, il repose sur l'adapalène (ou la trétinoïne) par voie topique ou une association adapalène et peroxyde de benzoyle aussi longtemps que nécessaire.

Contraception hormonale. Il n'est pas recommandé de prescrire une contraception uniquement dans l'objectif de traiter une acné.

Si une contraception est souhaitée, un estroprogestatif renfermant du lévonorgestrel (progestatif de 2^e génération) est recommandé en 1^{re} intention. En alternative, certaines pilules renfermant un progestatif à action antiandrogénique ont une indication dans l'acné : l'association éthynylestradiol/norgestimate (Triafermi et génériques, non remboursés) ne semble par ailleurs pas associée à un surrisque d'événement thromboembolique veineux (ETV) par rapport au lévonorgestrel ; l'association éthynylestradiol/diénogest (Misolfa, Oedien) expose à un léger surrisque d'ETV (x 1,6).

> À noter : l'association acétate de cyprotérone/éthynylestradiol (Diane 35 et génériques) est spécifiquement indiquée dans l'acné modérée à sévère. Elle n'a pas d'indication en contraception (bien qu'ayant un effet contraceptif) et est contre-indiquée en cas de méningiome ou d'antécédent de méningiome. Elle présente également un léger surrisque d'ETV.

Médicaments

Traitements locaux

> Rétinoïdes

Molécules : adapalène, trétinoïne, isotrétinoïne, trifarotène.



> 18 juin 2025 à 6:00

Mode d'action : kératolytique, comédolytique.

Effets indésirables : sécheresse cutanée, irritations, rougeurs, desquamation, sensations de brûlure, voire brûlure à type de coup de soleil. Effets indésirables pouvant être majorés par l'exposition au soleil ou aux lampes UV (ultra-violet).

> Peroxyde de benzoyle

Mode d'action : légèrement kératolytique, antioxydant ayant une action sur C. acnes et sébostatique.

Effets indésirables : sécheresse cutanée, érythème, desquamation, sensations de brûlure, réactions de photosensibilité. La molécule peut décolorer ou blanchir les cheveux ou les tissus.

> Antibiotiques

Molécules : clindamycine, érythromycine.

Mode d'action : anti-infectieux (action bactériostatique) de la famille des macrolides (érythromycine) ou apparentés (clindamycine) s'opposant à la colonisation bactérienne (dont C. acnes) du follicule pilosébacé.

Effets indésirables : sécheresse cutanée, érythème, irritations, prurit.

Acide azélaïque

Mode d'action : kératolytique et bactériostatique.

Effets indésirables : sensations de brûlure, prurit, sécheresse, érythème.

Antibiothérapie orale

Cyclines

Molécules : doxycycline, lymécycline.

Mode d'action : inhibition de la synthèse des protéines bactériennes.

Effets indésirables : troubles digestifs (nausées, douleurs abdominales, diarrhées), céphalées, réactions de photosensibilité, irritations, voire ulcérations œsophagiennes nécessitant de respecter les modalités de prise (voir Gérer les effets indésirables). Des hypertensions intracrâniennes sont rapportées et sont à soupçonner devant des céphalées, des vomissements, une vision floue.

> Érythromycine

Mode d'action : inhibition de la synthèse des protéines bactériennes.

Effets indésirables : troubles digestifs (nausées, vomissements, gastralgies), risque d'allongement de l'intervalle QT pouvant être à l'origine d'arythmies et de torsades de pointe. Inhibiteur du cytochrome P450 3A4, il peut être à l'origine de nombreuses interactions médicamenteuses.



Isotrétinoïne orale

Mode d'action : suppression de l'activité des glandes sébacées avec réduction de la production de sébum, substrat pour la croissance de C. acnes , et action anti-inflammatoire.

Effets indésirables : les plus fréquents sont une sécheresse de la peau et des muqueuses (labiale, nasale – avec un risque d'épistaxis –, oculaire) réversible avec la diminution ou l'arrêt du traitement, des arthralgies et myalgies, des céphalées, des élévations des triglycérides, du cholestérol total, de la glycémie, des enzymes hépatiques et une diminution du HDL (High Density Lipoprotein ou lipoprotéine de haute densité en français). Plus rares, sont rapportés des troubles psychiatriques (anxiété, changements d'humeur, dépression, voire idées suicidaires) nécessitant notamment la vigilance de l'entourage, des cas d'hypertension intracrânienne bénigne, des hépatites, des troubles gastro-intestinaux.

Surveillance : les paramètres lipidiques et les enzymes hépatiques doivent être surveillés avant et 1 mois après le début du traitement, puis tous les 3 mois.

Tératogénicité : tératogène puissant (à l'origine de malformations embryonnaires cardiaques, du système nerveux central, anomalies du développement neuropsychique parfois sans malformations visibles à la naissance, etc.), l'isotrétinoïne ne peut être prescrite chez les femmes en âge de procréer qu'à condition d'adhérer au « Programme de prévention de la grossesse » qui implique la mise en place d'une contraception efficace 1 mois avant le début du traitement, poursuivie jusqu'à 1 mois après son arrêt (dispositif intra-utérin ou implant progestatif, ou deux méthodes complémentaires type contraception orale et préservatif). La patiente doit être informée de l'effet tératogène et des autres effets indésirables de la molécule, avec notamment la remise d'une brochure d'information. Deux vidéos informatives sont également visualisables sur le site de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Elle doit également avoir signé un formulaire d'accord de soins attestant de sa bonne compréhension du risque tératogène et des modalités de prescription et de délivrance qui en découlent. Celles-ci sont reprises dans un carnet remis à la patiente.

Législation : la prescription initiale est réservée aux dermatologues, le renouvellement est possible par tout médecin.

Pour les femmes, toute prescription est limitée à 1 mois et conditionnée par l'obtention d'un résultat négatif d'un test de grossesse réalisé en laboratoire : la date et le résultat du test devant être porté sur le carnet.

La délivrance par le pharmacien nécessite de présenter :

- l'accord de soins signé ;
- le carnet mentionnant la date et la négativité du test de grossesse qui doit avoir été réalisé dans les 3 jours précédant la prescription ;
- la prescription, pour 1 mois de traitement, établie dans les 7 jours qui précèdent la date de présentation à l'officine (au-delà elle n'est plus recevable) et l'ordonnance initiale du spécialiste (qui peut être enregistrée dans le dossier de la patiente) pour les renouvellements.



Le pharmacien complète le carnet-patient en indiquant le médicament délivré, la date de délivrance et en y apposant le cachet de l'officine (à noter : un test de grossesse doit également être effectué 1 mois après l'arrêt du traitement).

Ces restrictions de prescription (hormis la prescription initiale par un dermatologue) et de délivrance ne s'appliquent pas pour les hommes.

Zinc

Mode d'action : action anti-inflammatoire via notamment une diminution du chimiotactisme des polynucléaires.

Effets indésirables : rarement douleurs abdominales, gastralgies, nausées, atteintes digestives hautes justifiant de respecter les modalités de prise (voir Gérer les effets indésirables

Principales contre-indications

Rétinoïdes locaux : grossesse.

Cyclines : enfant de moins de 8 ans et femmes enceintes aux 2 et 3 trimestres (risque pour l'enfant de coloration permanente des dents ou d'hypoplasie de l'email).

Isotrétinoïne : grossesse et femme en âge de procréer ne remplissant pas les conditions du « Programme de prévention de la grossesse », insuffisance hépatique, hyperlipidémie, hypervitaminose A, allaitement.

Info+

L'érythromycine est moins efficace que les cyclines dans l'acné et associée à un taux de résistance bactérienne important.

En cas de prescription d'isotrétinoïne chez une femme sous contraception orale, il est recommandé que soit également prescrit une contraception d'urgence et des préservatifs de façon systématique

À l'arrêt du traitement par isotrétinoïne, la rémission se poursuit jusqu'à 8 semaines. Une deuxième cure peut être envisagée si besoin après ce délai, sachant qu'il n'y a pas de bénéfice supplémentaire à attendre au-delà d'une dose totale cumulée de 120 à 150 mg/kg.

Check-list des éléments à contrôler pour la délivrance d'isotrétinoïne chez les femmes

Ordonnance

- ✓ Prescripteur : dermatologue si ordonnance initiale, tout médecin ensuite (+ ordo initiale rédigée par un spécialiste).
- ✓ Date de la prescription : au maximum dans les 7 jours précédant la dispensation.
- ✓ Durée de la prescription : 1 mois.



> 18 juin 2025 à 6:00

Formulaire d'accord de soins

✓ Signé.

Carnet-patiente

✓ Contraception utilisée : renseigné.

✓ Résultat du test de grossesse : négatif et réalisé au maximum 3 jours avant la prescription (soit au maximum dans les 10 jours précédant la dispensation).

Les conseils aux patients

Observance

Expliquer

Patience et persévérance sont nécessaires ! Les effets des traitements oraux ou locaux ne sont souvent perceptibles qu'après plusieurs semaines de prise ou d'application régulière.

Un traitement d'entretien, basé sur des conseils d'hygiène et des traitements locaux, est très souvent nécessaire au long cours.

Sous antibiothérapie, l'observance est par ailleurs essentielle pour limiter le risque de résistance bactérienne.

Gérer les effets indésirables

Traitements locaux. Ils s'appliquent le soir, en alternance, généralement si plusieurs molécules sont prescrites, sur la peau propre et sèche et en débutant progressivement : un jour sur 2 ou sur 3 puis jusqu'à une application quotidienne. En cas d'irritation, les applications doivent à nouveau être espacées. Ne pas les appliquer à proximité des yeux. Attention au peroxyde de benzoyle qui décolore ou blanchit les vêtements : recommander de « sacrifier » une parure de lit et un pyjama ou d'utiliser du linge blanc.

Cyclines. À prendre avec un grand verre d'eau sans s'allonger dans l'heure qui suit afin de prévenir le risque d'œsophagite. Le calcium alimentaire (produit laitier) n'interfère pas avec les cyclines contrairement aux suppléments calciques.

Gluconate de zinc. Privilégier une prise à jeun pour une meilleure biodisponibilité avec un grand verre d'eau en prévention de lésions digestives. Recommander d'éviter les aliments riches en phytates (pain complet, légumineuses, oléagineux, etc.) en même temps que le zinc, ce qui ralentit son absorption intestinale.

Isotrétinoïne. Informer d'une exacerbation possible et transitoire de l'acné en début de traitement. Le traitement fragilise la peau qui devient sensible à toute dermabrasion excessive : les exfoliants et les kératolytiques sont déconseillés, l'épilation à la cire également et jusqu'à 6 mois après l'arrêt du traitement (risque de décollement épidermique). Des soins hydratants et relipidants sont recommandés sur le visage (voir Vie quotidienne), les lèvres et, si besoin, le corps. Des substituts



lacrymaux pallient la gêne en cas de sécheresse oculaire ou, notamment, de port de lentilles qui peuvent être plus difficiles à tolérer.

Vie quotidienne

Hygiène

Une toilette biquotidienne à l'aide d'un produit lavant au pH proche de celui de la peau (pH neutre) est recommandée. Les produits d'hygiène pour peaux à tendance acnéique comportent souvent, en plus des agents séborégulateurs, des anti-inflammatoires et des assainissants (Effaclar, DermoPure, Hyseac, Sebiaclear, etc.). L'alcool et les antiseptiques cutanés, irritants et pouvant favoriser une hyperséborrhée, ne sont pas recommandés. Pour les garçons, le rasage électrique peut être privilégié car moins irritant que le rasage mécanique.

Les patients doivent résister à l'envie de manipuler les boutons au risque d'aggraver l'acné et de générer des cicatrices.

Soins et maquillage

Dans les formes légères, des soins dermocosmétiques à visée kératolytique et/ou anti-inflammatoire peuvent suffire ou être associés en alternance aux traitements médicamenteux : Cleanance Comedomed, Effaclar A.I. ou Duo+M, Keracnyl PP+ ou Stop Bouton, Sebiaclear Active gel, etc.

Des soins « compensateurs » hydratent et pallient les irritations cutanées : Cleanance Hydra, Keracnyl Repair, Effaclar H Iso-Biome, Hyseac Hydra, Sébium Hydra, etc. À appliquer le matin ou le soir au cours du traitement par isotrétinoïne.

Dans tous les cas, choisir des cosmétiques ou des produits de maquillage portant la mention « non comédogène » (Couvrance, Dermablend, Tolériane, etc.).

Exposition au soleil

Protéger la peau acnéique du soleil est recommandé, quelle que soit la sévérité de l'acné, même en l'absence de traitement (lire l'Avis de spé) et d'autant plus sous traitements locaux ou oraux (hormis pour le gluconate de zinc) en raison du risque de phototoxicité (rétinoïdes locaux, isotrétinoïne, cyclines) ou de fragilisation de la peau (peroxyde de benzoyle, etc.).

Concernant les traitements locaux, il est préférable de stopper l'application la veille jusqu'au lendemain de l'exposition solaire au risque d'irritations ou de coups de soleil (avec les rétinoïdes) si la peau est mal protégée. Conseiller une protection vestimentaire (chapeau, casquette, T-shirt) ou a minima un produit solaire SPF 50+ pour protéger les zones atteintes de lésions d'acné (visage, torse, dos). Les mêmes recommandations s'appliquent pour tout le corps avec les traitements systémiques photosensibilisants !

Térogénicité de l'isotrétinoïne

Vérifier la mise en place d'une contraception. Rappeler la nécessité d'associer une contraception mécanique type préservatif à une contraception hormonale orale (ou par patch ou anneau) en raison



d'un risque d'échec (oubli, décollement du patch, etc.). Au moindre doute de perte d'efficacité de la méthode contraceptive, la prise d'une contraception d'urgence est à recommander.

Les patients ne doivent pas faire de don de sang au cours du traitement et pendant 1 mois après la fin du traitement par isotrétinoïne en raison du risque potentiel pour les fœtus des femmes enceintes transfusées.

Tous nos remerciements au D r Sarah Le Naour, dermatologue au centre hospitalier universitaire (CHU) de Nantes (Loire-Atlantique)

1. « Traitement de l'acné sévère : recommandations pour améliorer la sécurité d'utilisation de l'isotrétinoïne », ANSM, mis à jour le 25/08/2023.

En savoir+

Société française de dermatologie. Le site www.dermato-info.fr de la société savante permet d'accéder aux recommandations de 2015 sur la prise en charge de l'acné et à un outil d'aide à la décision thérapeutique et au conseil des patients.

« Ensemble contre l'acné ». Ce site, réalisé par les laboratoires Pierre Fabre, propose différents onglets expliquant la pathologie, les traitements et propose de nombreux conseils, y compris au moyen d'interviews de dermatologues : www.acne-severe.com

Avis de spé : « Le rythme d'application des traitements dépend de leur tolérance »

D r Sarah Le Naour, dermatologue au CHU de Nantes (Loire-Atlantique)

Soleil, alimentation... Quels rôles jouent ces facteurs environnementaux dans l'acné ?

Il n'y a pas de liens clairement établis entre l'acné et l'alimentation. Néanmoins et d'une manière générale, les produits ultratransformés ou sucrés, sont plutôt pro-inflammatoires et pourraient aggraver l'acné. Le soleil est clairement un faux-ami : s'il semble améliorer transitoirement l'acné, une recrudescence des lésions est souvent constatée quelques semaines après l'exposition solaire. De plus, il majore le risque d'hyperpigmentation des cicatrices, ce qui laissera des marques qui mettront du temps à disparaître, d'autant plus sur des peaux de phototype foncé. Bien évidemment, protection vestimentaire et crèmes solaires sont indispensables pour les patients sous traitements oraux, notamment dont on ne peut pas toujours différer la prescription lors d'acné sévère. Quant au stress, son influence sur l'acné n'est pas connue mais plausible. Le maîtriser, surtout à l'adolescence ou en période d'examens, est toutefois plus facile à dire qu'à faire !

Les traitements locaux sont parfois mal supportés. Quels conseils prodiguer ?

Il faut insister sur une hygiène douce à l'aide d'un nettoyant au pH neutre. Tout ce qui « décape » la peau – le savon de Marseille en fait partie –, va irriter et assécher davantage. Rappeler ensuite que les traitements s'appliquent le soir, à un rythme qui dépend de la tolérance : quotidiennement ou seulement 2 fois par semaine pour certains patients. Lorsque deux soins sont prescrits – par exemple, adapalène et peroxyde de benzoyle –, on les applique un jour sur deux ou, selon la tolérance, en même temps en mélangeant une noisette de chaque. Dans tous les cas, chaque fois



que le traitement devient trop irritant, on diminue temporairement la fréquence des applications et on hydrate avec un soin adapté le matin.

Comment est prise en charge l'acné de la femme adulte (hors pathologie endocrinienne) ?

On a recours le plus souvent à une contraception estroprogestative de 3^e ou 4^e génération, après avoir pris en compte le risque thromboembolique (âge, tabagisme, etc.), ou à un traitement par cycline, l'isotrétinoïne et la surveillance mensuelle qui en découle étant trop contraignante. En cas d'échec, la spironolactone fonctionne bien du fait de ses propriétés antiandrogéniques. On l'utilise hors autorisation de mise sur le marché (AMM) à forte dose au long cours et en recherchant la posologie minimale efficace, généralement 75 à 125 mg par jour. Globalement, la tolérance est bonne mais on surveille par prudence la fonction rénale et la kaliémie. Il faut également mettre en garde contre le risque d'hypotension orthostatique ou de vertiges en début de traitement, et alerter qu'il doit être arrêté si la patiente découvre qu'elle est enceinte – une contraception est d'ailleurs recommandée durant le traitement. Mais, en général, l'acné a plutôt tendance à s'améliorer au cours de la grossesse.



► 17 juin 2025

[> Ecouter / regarder cette alerte](#)

Prévention et traitement des cancers de la peau

11:12:00 Quand on peut attraper. Je parlais effectivement de ces cancers de la peau, les mélanome qui sont en augmentation lorsque il y a des cancers de la peau, les traitements aujourd'hui ils sont efficaces ou c'est encore compliqué? Le management, une maladie grave mais qui heureusement se soigne, se soigne quand c'est détecté précocément. Donc il va falloir. Quand vous constatez une tache noire sur la peau qui est différent des autres qui apparaît, ou alors un grain de beauté qui se modifie, il ne faut pas attendre, il ne faut pas attendre, mais il ne faut pas jouer à l'autruche, il faut consulter rapidement. Et heureusement. Et les grands stades précoces sont retirés. Et puis si on en reste là, et c'est de très bon pronostic. En revanche, les. Les mélanomes qui évoluent, qui sont vus tardivement, pris trop tard malheureusement, peuvent donner des formes métastatique, voire mortelles. Heureusement, ces dernières années des progrès très importants ont été faits dans la prise en charge des cancers métastatique métastatique. 11:13:05 C'est vraiment une révolution, mais ça reste quand même une maladie grave. Chloé Les bons gestes comme vous allez sur les plages. Est ce que justement vous sentez auprès des parents que les enfants faut quand même les responsabiliser? Et puis parfois ils ont pris la plage, les jeux d'aller se baigner, etc. On nous a dit mais vous sentez quand même un retour positif de la part des des personnes que vous rencontrez sur le terrain? Oui, globalement c'est s'est bien perçu, ils sont contents de pouvoir en discuter. Effectivement, ce n'est pas toujours facile auprès de son enfant de justifier parce que c'est pas toujours très marrant pour un enfant de se protéger, d'attendre 16 h pour aller à la plage. Donc ça renforce le positionnement parental. Parfois, ça permet d'expliquer à l'enfant aussi pourquoi ses parents lui lui donnent des lui interdisent d'aller sans des le créneau entre 12 h et 16 h, c'est vraiment déconseillé. 11:14:04 C'est là où le soleil tape tape le plus. On est dans. On a une latitude. On n'est pas en Méditerranée. Mais c'est vrai qu'avec des températures que l'on a, que l'on va connaître d'ailleurs dans les prochains jours, quand on a des 37, 38 voire 40 degrés comme on a pu avoir, là aussi, c'est quelque chose qui évolue avec, avec les années depuis quelques temps, docteur. Oui, il faut bien faire le distinguo entre la température extérieure et la lumière. En fait, ce qui est dangereux, c'est la lumière. Par exemple, à la montagne, il fait froid, mais avec l'altitude, on a beaucoup de luminosité et c'est là où c'est très dangereux. Il faut toujours distinguer la lumière de la chaleur et si bien que le meilleur moment pour aller à la plage, en fait, c'est aussi la fin de l'après 12 h parce qu'à la fin de l'après 12 h, il fait encore très chaud, mais il y a beaucoup moins de lumière et on peut vraiment profiter de la chaleur et de la farniente sans brûler. Mais sans brûler. 11:15:00 Merci à tous les deux d'être venus, que je vienne. Responsable Service Prévention la Ligue contre le Cancer, Docteur Emmanuelle Parent. Et je signale qu'il y a le site de la Société Française de dermatologie pour éviter notamment les fake news et pour soutenir aussi la recherche est important. 11:15:13



► 17 juin 2025

[> Ecouter / regarder cette alerte](#)

Inégalités face au capital solaire et risques pour la peau

11:05:49 Le docteur Emmanuelle Parent, dermatologue et qui fait partie de la Société française de dermatologie. Bonsoir docteur, Merci également d'être avec nous, Chloé. Commençons par le slogan de cette campagne cet été cet été de la Ligue, campagne qui commence aujourd'hui dans les pharmacies je crois. 11:06:05 On n'est pas des saucisses. Slogan qui peut surprendre, Qui peut prêter à sourire comme ça à première vue. Mais derrière, il faut bien le dire, le message est très sérieux. On le fait passer sous forme d'humour. C'est d'autant plus important pour vous de dire à un moment donné bon ok, on peut plaisanter un peu avec le slogan, mais derrière, il y a quand même quelque chose d'important, un sujet sérieux. Tout à fait. C'est un angle humoristique pour attirer l'attention. C'est plus percutant selon vous? En tout cas, ça permet d'avoir une approche positive de la santé, un peu moins par les risques en tout cas, Qu'on puisse se sentir concerné aussi et sur un angle humoristique, c'est peut être un peu plus changeant que les affichages qui nous font peur d'emblée. Il faut préciser que le nombre de mélanomes, les cancers de la peau les plus agressifs a été multiplié par quatre depuis 1990, plus de 100 zéro zéro zéro cancers de la peau détectés chaque année. Comment se situent les Pays de la Loire dans ces chiffres? Est ce que la région fait partie des bons élèves ou des mauvais élèves? mauvais élèves, plutôt des mauvaises élèves. 11:07:02 Donc chez nous aussi c'est en hausse et on est. On a un nombre de cas de mélanome qui est supérieur à 8 % par rapport à la moyenne nationale et aussi une mortalité supérieure de 18 % par rapport à la moyenne nationale. Donc le cas de mélanome, effectivement, on est mauvaise élève docteur. Est ce que vous sentez une prise de conscience quand même malgré tout, face aux dangers du soleil avec des patients qui viennent vous voir depuis? Depuis quelques années, oui je font beaucoup plus attention au soleil. C'est vrai qu'on est à risque dans la région parce que on a des personnes de soins avec de la peau claire. Les bretons sont plus propices aux coups de soleil propices aux coups de soleil. On va avoir aussi. On est à risque aussi parce qu'on a de très belles plages et avec des gens qui restent, qui demeurent addicts au soleil. Il y en a encore malheureusement. Et donc effectivement, ça peut expliquer les les chiffres mauvais. 11:08:01 Dans la région, on a souvent un vent côtier qui rafraîchit et on se rend un peu trompeur et un peu trompeur. Et on ne se rend pas du tout compte que le soleil tape quand même et brûle la peau quand même. Docteur, je voudrais qu'on me dise un pour qu'on précise un point important avec vous. On parle de capital solaire, on parle aussi de capital sommeil, mais c'est vrai qu'on parle également de capital solaire. Ce capital solaire, j'imagine qu'il est variable en fonction des personnes. Ou est ce qu'on est tous logés à la même enseigne? Est ce qu'il y a pas mal d'idées reçues là dessus? Non, non, Il y a vraiment une inégalité entre quelqu'un qui est roux, où le coup de soleil va vraiment constituer un risque important. Il va faire des taches de rousseur et chaque taches de rousseur. Si vous essayez, c'est une dégradation de l'ADN, donc c'est embêtant. Et quelqu'un qui pour mat et foncé qui va beaucoup mieux supporter le soleil. Et donc ce capital solaire, il. 11:08:59



Santé. Cellulite : quels sont les éléments déclencheurs et comment s'en débarrasser ?

Sur les cuisses, les fesses, le ventre... La cellulite concernerait principalement les femmes, presque toutes d'ailleurs : entre 80 % et 95 %, après la puberté ! Elle fait référence à cette « peau d'orange » bien connue. Mais que cache-t-elle ? Réponses.

01 / 02

02 / 02

Comme le souligne la Société française de dermatologie (SFD), la cellulite désigne « un amas graisseux sous-cutané ». Elle le qualifie de « disgracieux » en référence à ces légers plis de peaux qu'elle occasionne, lui donnant un aspect bosselé.

Les spécialistes parlent eux, d'une lipodystrophie superficielle, définie comme une distribution anormale des masses adipeuses de l'organisme. Celle-ci est accompagnée d'une augmentation de la masse graisseuse de la partie superficielle de l'hypoderme, le tissu cellulaire de la couche profonde de la peau, situé sous le derme.

En d'autres termes, il s'agit des cellules graisseuses –appelées adipocytes – qui stockent de la graisse et prennent ainsi du volume. Deux autres facteurs sont associés : une rétention d'eau et une fibrose de tissus dits « péri-adipeux ».

Quels éléments déclencheurs ?

Deux causes principales se dégagent pour expliquer ce phénomène :

l'effet des œstrogènes, des hormones féminines, ce qui explique pourquoi les femmes sont atteintes et pratiquement pas les hommes. Sans oublier le fait qu'elles ont aussi une peau plus fine, rendant plus visible la peau d'orange ;

une alimentation trop riche en gras et en sucres, parfois associée à un mode de vie sédentaire.

Quelle prise en charge ?

Pour autant, « même les personnes sans surpoids avec une bonne condition physique peuvent avoir de la cellulite », précise sur son site internet, le Dr Christelle Santini.

Laquelle préconise sur le plan de la prise en charge, de débiter par un rééquilibrage alimentaire qui laisse moins de place au gras et au sucré et davantage à des aliments comme les fruits et les légumes. Sans oublier la reprise d'une activité physique régulière.

Pour le reste, la SFD mentionne les traitements par lasers dermatologiques. Ils visent la destruction « des adipocytes sans aspiration avec déplacement d'une sonde-laser dans la graisse sous-



cutanée. C'est l'endo-laser qui par un mouvement de va-et-vient va provoquer une adipocytolyse ou destruction par la chaleur ou effet thermique des cellules ».

Elle ajoute qu'il existe d'autres techniques dont l'objectif est de drainer ou détruire les adipocytes avec des machines « de type radiofréquence ou ondes acoustiques ». Dans tous les cas, les résultats ne demeurent pas pleinement garantis, à en croire la science. Au même titre que le massage ou l'automassage qui peuvent aussi être prodigués.



Cellulite : tout savoir sur cette lypodystrophie superficielle

Cellulite : tout savoir sur cette lypodystrophie superficielle

Sur les cuisses, les fesses, le ventre... La cellulite concernerait principalement les femmes, presque toutes d'ailleurs : entre 80 % et 95 %, après la puberté ! Elle fait référence à cette "peau d'orange" bien connue. Mais que cache-t-elle ? Réponses.

De quoi s'agit-il ?

Comme le souligne la Société française de dermatologie (SFD), la cellulite désigne "un amas graisseux sous-cutané". Elle le qualifie de "disgracieux" en référence à ces légers plis de peaux qu'elle occasionne, lui donnant un aspect bosselé.

Les spécialistes parlent eux, d'une lipodystrophie superficielle, définie comme une distribution anormale des masses adipeuses de l'organisme. Celle-ci est accompagnée d'une augmentation de la masse graisseuse de la partie superficielle de l'hypoderme, le tissu cellulaire de la couche profonde de la peau, situé sous le derme. En d'autres termes, il s'agit des cellules graisseuses – appelées adipocytes – qui stockent de la graisse et prennent ainsi du volume. Deux autres facteurs sont associés : une rétention d'eau et une fibrose de tissus dits "péri-adipeux".

Quels éléments déclencheurs ?

Deux causes principales se dégagent pour expliquer ce phénomène :

l'effet des œstrogènes, des hormones féminines, ce qui explique pourquoi les femmes sont atteintes et pratiquement pas les hommes. Sans oublier le fait qu'elles ont aussi une peau plus fine, rendant plus visible la peau d'orange ;

une alimentation trop riche en gras et en sucres, parfois associée à un mode de vie sédentaire.

Quelle prise en charge ?

Pour autant, "même les personnes sans surpoids avec une bonne condition physique peuvent avoir de la cellulite", précise sur son site internet, le Dr Christelle Santini. Laquelle préconise sur le plan de la prise en charge, de débuter par un rééquilibrage alimentaire qui laisse moins de place au gras et au sucré et davantage à des aliments comme les fruits et les légumes. Sans oublier la reprise d'une activité physique régulière.

Pour le reste, la SFD mentionne les traitements par lasers dermatologiques. Ils visent la destruction "des adipocytes sans aspiration avec déplacement d'une sonde-laser dans la graisse sous-cutanée. C'est l'endo-laser qui par un mouvement de va-et-vient va provoquer une adipocytolyse ou destruction par la chaleur ou effet thermique des cellules".

Elle ajoute qu'il existe d'autres techniques dont l'objectif est de drainer ou détruire les adipocytes avec des machines "de type radiofréquence ou ondes acoustiques". Dans tous les cas, les résultats



ne demeurent pas pleinement garantis, à en croire la science. Au même titre que le massage ou l'automassage qui peuvent aussi être prodigués.



Cellulite : tout savoir sur cette lipodystrophie superficielle

Sur les cuisses, les fesses, le ventre... La cellulite concernerait principalement les femmes, presque toutes d'ailleurs : entre 80 % et 95 %, après la puberté ! Elle fait référence à cette "peau d'orange" bien connue. Mais que cache-t-elle ? Réponses.

De quoi s'agit-il ?

Comme le souligne la Société française de dermatologie (SFD), la cellulite désigne "un amas graisseux sous-cutané". Elle le qualifie de "disgracieux" en référence à ces légers plis de peaux qu'elle occasionne, lui donnant un aspect bosselé.

Les spécialistes parlent eux, d'une lipodystrophie superficielle, définie comme une distribution anormale des masses adipeuses de l'organisme. Celle-ci est accompagnée d'une augmentation de la masse graisseuse de la partie superficielle de l'hypoderme, le tissu cellulaire de la couche profonde de la peau, situé sous le derme. En d'autres termes, il s'agit des cellules graisseuses – appelées adipocytes – qui stockent de la graisse et prennent ainsi du volume. Deux autres facteurs sont associés : une rétention d'eau et une fibrose de tissus dits "péri-adipeux".

Quels éléments déclencheurs ?

Deux causes principales se dégagent pour expliquer ce phénomène :

l'effet des œstrogènes, des hormones féminines, ce qui explique pourquoi les femmes sont atteintes et pratiquement pas les hommes. Sans oublier le fait qu'elles ont aussi une peau plus fine, rendant plus visible la peau d'orange ;

une alimentation trop riche en gras et en sucres, parfois associée à un mode de vie sédentaire.

Quelle prise en charge ?

Pour autant, "même les personnes sans surpoids avec une bonne condition physique peuvent avoir de la cellulite", précise sur son site internet, le Dr Christelle Santini. Laquelle préconise sur le plan de la prise en charge, de débiter par un rééquilibrage alimentaire qui laisse moins de place au gras et au sucré et davantage à des aliments comme les fruits et les légumes. Sans oublier la reprise d'une activité physique régulière.

Pour le reste, la SFD mentionne les traitements par lasers dermatologiques. Ils visent la destruction "des adipocytes sans aspiration avec déplacement d'une sonde-laser dans la graisse sous-cutanée. C'est l'endo-laser qui par un mouvement de va-et-vient va provoquer une adipocytolyse ou destruction par la chaleur ou effet thermique des cellules".

Elle ajoute qu'il existe d'autres techniques dont l'objectif est de drainer ou détruire les adipocytes avec des machines "de type radiofréquence ou ondes acoustiques". Dans tous les cas, les résultats ne demeurent pas pleinement garantis, à en croire la science. Au même titre que le massage ou l'automassage qui peuvent aussi être prodigués.



PAYS: FRA
TYPE: web
EAE: €37.92
AUDIENCE: 3983

TPOLOGIE DU SITE WEB: Health/Health
VISITES MENSUELLES: 121096.70
JOURNALISTE: Dorothée Duchemin
URL: destinationsante.com



> [Version en ligne](#)

> 13 juin 2025 à 9:31

Cellulite : tout savoir sur cette lipodystrophie superficielle

De quoi s'agit-il ? Comme le souligne la Société française de dermatologie (SFD), la cellulite désigne « un amas graisseux sous-cutané ». Elle le qualifie



Cellulite : tout savoir sur cette lipodystrophie superficielle 13 juin 2025 Sur les cuisses, les fesses, le ventre... La cellulite concernerait principalement les femmes, presque toutes d'ailleurs : entre 80 % et 95 %, après la puberté ! Elle fait référence à cette « peau d'orange » bien connue. Mais que cache-t-elle ? Réponses.

© Natalia Stepowaya/Shutterstock.com

De quoi s'agit-il ?

Comme le souligne la Société française de dermatologie (SFD), la cellulite désigne « un amas graisseux sous-cutané ». Elle le qualifie de « disgracieux » en référence à ces légers plis de peaux qu'elle occasionne, lui donnant un aspect bosselé.

Les spécialistes parlent eux, d'une lipodystrophie superficielle, définie comme une distribution anormale des masses adipeuses de l'organisme. Celle-ci est accompagnée d'une augmentation de la masse graisseuse de la partie superficielle de l'hypoderme, le tissu cellulaire de la couche profonde de la peau, situé sous le derme. En d'autres termes, il s'agit des cellules graisseuses – appelées adipocytes – qui stockent de la graisse et prennent ainsi du volume. Deux autres facteurs sont associés : une rétention d'eau et une fibrose de tissus dits « péri-adipeux ».

Quels éléments déclencheurs ?

Deux causes principales se dégagent pour expliquer ce phénomène :



PAYS: FRA
TYPE: web
EAE: €37.92
AUDIENCE: 3983

TPOLOGIE DU SITE WEB: Health/Health
VISITES MENSUELLES: 121096.70
JOURNALISTE: Dorothée Duchemin
URL: destinationsante.com



> [Version en ligne](#)

> 13 juin 2025 à 9:31

l'effet des œstrogènes, des hormones féminines, ce qui explique pourquoi les femmes sont atteintes et pratiquement pas les hommes. Sans oublier le fait qu'elles ont aussi une peau plus fine, rendant plus visible la peau d'orange ;

une alimentation trop riche en gras et en sucres , parfois associée à un mode de vie sédentaire.

Quelle prise en charge ?

Pour autant , « même les personnes sans surpoids avec une bonne condition physique peuvent avoir de la cellulite », précise sur son site internet, le Dr Christelle Santini. Laquelle préconise sur le plan de la prise en charge, de débiter par un rééquilibrage alimentaire qui laisse moins de place au gras et au sucré et davantage à des aliments comme les fruits et les légumes. Sans oublier la reprise d'une activité physique régulière.

Pour le reste, la SFD mentionne les traitements par lasers dermatologiques. Ils visent la destruction « des adipocytes sans aspiration avec déplacement d'une sonde-laser dans la graisse sous-cutanée. C'est l'endo-laser qui par un mouvement de va-et-vient va provoquer une adipocytolyse ou destruction par la chaleur ou effet thermique des cellules ».

Elle ajoute qu'il existe d'autres techniques dont l'objectif est de drainer ou détruire les adipocytes avec des machines « de type radiofréquence ou ondes acoustiques ». Dans tous les cas, les résultats ne demeurent pas pleinement garantis, à en croire la science. Au même titre que le massage ou l'automassage qui peuvent aussi être prodigués.



Cellulite : tout savoir sur cette lipodystrophie superficielle

Comme le souligne la Société française de dermatologie (SFD), la cellulite désigne « un amas graisseux sous-cutané ». Elle le qualifie de « disgracieux » en référence à ces légers plis de peaux qu'elle occasionne, lui donnant un aspect bosselé. De quoi s'agit-il ? Les spécialistes parlent eux, d'une lipodystrophie superficielle, définie comme une distribution anormale des masses adipeuses de l'organisme. Celle-ci est accompagnée d'une augmentation de la masse graisseuse de la partie superficielle de l'hypoderme, le tissu cellulaire de la couche profonde de la peau, situé sous le derme. En d'autres termes, il s'agit des cellules graisseuses – appelées adipocytes – qui stockent de la graisse et prennent ainsi du volume. Deux autres facteurs sont associés : une rétention d'eau et une fibrose de tissus dits « péri-adipeux ». Quels éléments déclencheurs ? Deux causes principales se dégagent pour expliquer ce phénomène : l'effet des œstrogènes, des hormones féminines, ce qui explique pourquoi les femmes sont atteintes et pratiquement pas les hommes. Sans oublier le fait qu'elles ont aussi une peau plus fine, rendant plus visible la peau d'orange ; une alimentation trop riche en gras et en sucres, parfois associée à un mode de vie sédentaire. Quelle prise en charge ? Pour autant, « même les personnes sans surpoids avec une bonne condition physique peuvent avoir de la cellulite », précise sur son site internet, le Dr Christelle Santini. Laquelle préconise sur le plan de la prise en charge, de débuter par un rééquilibrage alimentaire qui laisse moins de place au gras et au sucré et davantage à des aliments comme les fruits et les légumes. Sans oublier la reprise d'une activité physique régulière. Pour le reste, la SFD mentionne les traitements par lasers dermatologiques. Ils visent la destruction « des adipocytes sans aspiration avec déplacement d'une sonde-laser dans la graisse sous-cutanée. C'est l'endo-laser qui par un mouvement de va-et-vient va provoquer une adipocytolyse ou destruction par la chaleur ou effet thermique des cellules ». Elle ajoute qu'il existe d'autres techniques dont l'objectif est de drainer ou détruire les adipocytes avec des machines « de type radiofréquence ou ondes acoustiques ». Dans tous les cas, les résultats ne demeurent pas pleinement garantis, à en croire la science. Au même titre que le massage ou l'automassage qui peuvent aussi être prodigués. Réglisse : l'Anses alerte sur les dangers d'une consommation excessive Source : Destination Santé

Les sujets associés

Destination santé

Santé



Cellulite : tout savoir sur cette lypodystrophie superficielle

La rédaction n'a pas participé à la réalisation de ce contenu De quoi s'agit-il ? Comme le souligne la Société française de dermatologie (SFD), la cellulite désigne « un amas graisseux sous-cutané ». Elle le qualifie de « disgracieux » en référence à ces légers plis de peaux qu'elle occasionne, lui donnant un aspect bosselé. Les spécialistes parlent eux, d'une lipodystrophie superficielle, définie comme une distribution anormale des masses adipeuses de l'organisme. Celle-ci est accompagnée d'une augmentation de la masse graisseuse de la partie superficielle de... De quoi s'agit-il ? Comme le souligne la Société française de dermatologie (SFD), la cellulite désigne « un amas graisseux sous-cutané ». Elle le qualifie de « disgracieux » en référence à ces légers plis de peaux qu'elle occasionne, lui donnant un aspect bosselé.

0 seconds of 0 seconds Volume 0% Press shift question mark to access a list of keyboard shortcuts Raccourci Clavier Play/Pause Espace Augmenter le Volume ↑ Diminuer le Volume ↓ Avancer → Reculer ← Sous-titres Activés/Désactivés Plein Écran/Sortir du Mode Plein Écran Désactiver le Son/Activer le Son m Avancer %0-9 Live 00:0000:0000:00 Les spécialistes parlent eux, d'une lipodystrophie superficielle, définie comme une distribution anormale des masses adipeuses de l'organisme. Celle-ci est accompagnée d'une augmentation de la masse graisseuse de la partie superficielle de l'hypoderme, le tissu cellulaire de la couche profonde de la peau, situé sous le derme. En d'autres termes, il s'agit des cellules graisseuses – appelées adipocytes – qui stockent de la graisse et prennent ainsi du volume. Deux autres facteurs sont associés : une rétention d'eau et une fibrose de tissus dits « péri-adipeux ».

Quels éléments déclencheurs ? Deux causes principales se dégagent pour expliquer ce phénomène : l'effet des œstrogènes, des hormones féminines, ce qui explique pourquoi les femmes sont atteintes et pratiquement pas les hommes. Sans oublier le fait qu'elles ont aussi une peau plus fine, rendant plus visible la peau d'orange ; une alimentation trop riche en gras et en sucres, parfois associée à un mode de vie sédentaire. Quelle prise en charge ? Pour autant, « même les personnes sans surpoids avec une bonne condition physique peuvent avoir de la cellulite », précise sur son site internet, le Dr Christelle Santini. Laquelle préconise sur le plan de la prise en charge, de débiter par un rééquilibrage alimentaire qui laisse moins de place au gras et au sucré et davantage à des aliments comme les fruits et les légumes. Sans oublier la reprise d'une activité physique régulière. Pour le reste, la SFD mentionne les traitements par lasers dermatologiques. Ils visent la destruction « des adipocytes sans aspiration avec déplacement d'une sonde-laser dans la graisse sous-cutanée. C'est l'endo-laser qui par un mouvement de va-et-vient va provoquer une adipocytolyse ou destruction par la chaleur ou effet thermique des cellules ». Elle ajoute qu'il existe d'autres techniques dont l'objectif est de drainer ou détruire les adipocytes avec des machines « de type radiofréquence ou ondes acoustiques ». Dans tous les cas, les résultats ne demeurent pas pleinement garantis, à en croire la science. Au même titre que le massage ou l'automassage qui peuvent aussi être prodigués. Source : Cosmétologie et dermatologie esthétique, 12 novembre 2007 [50-480-A-10] - Site du Dr Christelle Santini – SFD : <https://dermato-info.fr/>



Cellulite : tout savoir sur cette lypodystrophie superficielle

Comme le souligne la Société française de dermatologie (SFD), la cellulite désigne « un amas graisseux sous-cutané ». Elle le qualifie de « disgracieux » en référence à ces légers plis de peaux qu'elle occasionne, lui donnant un aspect bosselé.

Les spécialistes parlent eux, d'une lipodystrophie superficielle, définie comme une distribution anormale des masses adipeuses de l'organisme. Celle-ci est accompagnée d'une augmentation de la masse graisseuse de la partie superficielle de l'hypoderme, le tissu cellulaire de la couche profonde de la peau, situé sous le derme. En d'autres termes, il s'agit des cellules graisseuses – appelées adipocytes – qui stockent de la graisse et prennent ainsi du volume. Deux autres facteurs sont associés : une rétention d'eau et une fibrose de tissus dits « péri-adipeux ».

Quels éléments déclencheurs ?

Deux causes principales se dégagent pour expliquer ce phénomène :

l'effet des œstrogènes, des hormones féminines, ce qui explique pourquoi les femmes sont atteintes et pratiquement pas les hommes. Sans oublier le fait qu'elles ont aussi une peau plus fine, rendant plus visible la peau d'orange ;

une alimentation trop riche en gras et en sucres, parfois associée à un mode de vie sédentaire.

Quelle prise en charge ?

Pour autant , « même les personnes sans surpoids avec une bonne condition physique peuvent avoir de la cellulite », précise sur son site internet, le Dr Christelle Santini. Laquelle préconise sur le plan de la prise en charge, de débiter par un rééquilibrage alimentaire qui laisse moins de place au gras et au sucré et davantage à des aliments comme les fruits et les légumes. Sans oublier la reprise d'une activité physique régulière.

Pour le reste, la SFD mentionne les traitements par lasers dermatologiques. Ils visent la destruction « des adipocytes sans aspiration avec déplacement d'une sonde-laser dans la graisse sous-cutanée. C'est l'endo-laser qui par un mouvement de va-et-vient va provoquer une adipocytolyse ou destruction par la chaleur ou effet thermique des cellules ».

Elle ajoute qu'il existe d'autres techniques dont l'objectif est de drainer ou détruire les adipocytes avec des machines « de type radiofréquence ou ondes acoustiques ». Dans tous les cas, les résultats ne demeurent pas pleinement garantis, à en croire la science. Au même titre que le massage ou l'automassage qui peuvent aussi être prodigués.

Source : Cosmétologie et dermatologie esthétique, 12 novembre 2007 [50-480-A-10] - Site du Dr Christelle Santini – SFD : <https://dermato-info.fr/>

Votre opinion compte pour nous. Rejoignez la communauté corsematin .com en réagissant sur l'article Cellulite : tout savoir sur cette lypodystrophie superficielle



Cellulite : tout savoir sur cette lypodystrophie superficielle

Cellulite : tout savoir sur cette lypodystrophie superficielle

Comme le souligne la Société française de dermatologie (SFD), la cellulite désigne « un amas graisseux sous-cutané ». Elle le qualifie de « disgracieux » en référence à ces légers plis de peaux qu'elle occasionne, lui donnant un aspect bosselé.

De quoi s'agit-il ?

Les spécialistes parlent eux, d'une lipodystrophie superficielle, définie comme une distribution anormale des masses adipeuses de l'organisme. Celle-ci est accompagnée d'une augmentation de la masse graisseuse de la partie superficielle de l'hypoderme, le tissu cellulaire de la couche profonde de la peau, situé sous le derme. En d'autres termes, il s'agit des cellules graisseuses – appelées adipocytes – qui stockent de la graisse et prennent ainsi du volume. Deux autres facteurs sont associés : une rétention d'eau et une fibrose de tissus dits « péri-adipeux ».

Quels éléments déclencheurs ?

Deux causes principales se dégagent pour expliquer ce phénomène :

l'effet des œstrogènes, des hormones féminines, ce qui explique pourquoi les femmes sont atteintes et pratiquement pas les hommes. Sans oublier le fait qu'elles ont aussi une peau plus fine, rendant plus visible la peau d'orange ; une alimentation trop riche en gras et en sucres, parfois associée à un mode de vie sédentaire. Quelle prise en charge ?

Pour autant, « même les personnes sans surpoids avec une bonne condition physique peuvent avoir de la cellulite », précise sur son site internet, le Dr Christelle Santini. Laquelle préconise sur le plan de la prise en charge, de débiter par un rééquilibrage alimentaire qui laisse moins de place au gras et au sucré et davantage à des aliments comme les fruits et les légumes. Sans oublier la reprise d'une activité physique régulière.

Pour le reste, la SFD mentionne les traitements par lasers dermatologiques. Ils visent la destruction « des adipocytes sans aspiration avec déplacement d'une sonde-laser dans la graisse sous-cutanée. C'est l'endo-laser qui par un mouvement de va-et-vient va provoquer une adipocytolyse ou destruction par la chaleur ou effet thermique des cellules ».

Elle ajoute qu'il existe d'autres techniques dont l'objectif est de drainer ou détruire les adipocytes avec des machines « de type radiofréquence ou ondes acoustiques ». Dans tous les cas, les résultats ne demeurent pas pleinement garantis, à en croire la science. Au même titre que le massage ou l'automassage qui peuvent aussi être prodigués.

Réglisse : l'Anses alerte sur les dangers d'une consommation excessive

Source : Destination Santé

**OBSERVANCE****Comment se manifeste la corticophobie ?**

La corticophobie est la crainte, la peur, voire le refus d'utiliser des dermocorticoïdes.

Cette phobie se rencontre essentiellement dans la dermatite atopique. Les patients, plus particulièrement les parents des enfants atteints, sont alors réticents à appliquer de la cortisone sur les lésions d'eczéma, par peur des effets indésirables. Les raisons à cela sont multiples : idées reçues, amalgame entre les corticoïdes systémiques et locaux, méconnaissance de la maladie (notamment de son caractère chronique) et des traitements (entre autres, de leurs effets suspensifs et non curatifs), discours contradictoires entre les différents professionnels de santé, les notices, les conseils de l'entourage, les informations trouvées sur Internet, etc. La corticophobie constitue souvent le principal frein à l'observance et perturbe ainsi la prise en charge de la dermatose : échecs thérapeutiques, complications, nomadisme médical, etc. Au comptoir, il est important d'entendre la peur du patient sans chercher à la minimiser, mais également de prendre le temps de rappeler les fondamentaux du traitement, son mode d'action et les bénéfices attendus. Proposer de compter le nombre de tubes utilisés et de tenir un journal des poussées entre deux consultations, et pourquoi pas de participer à des ateliers d'éducation thérapeutique en milieu hospitalier. Pour pouvoir lutter efficacement contre la corticophobie, le pharmacien doit s'assurer que lui-même n'a pas *d'a priori* sur ces traitements, et actualiser ses connaissances si besoin.

Sources : « La dermatite atopique », Société française de dermatologie, dermatoinfo ; Association française de l'eczéma.

Florence Dijon-Leandro



Cellulite : tout savoir sur cette lipodystrophie superficielle

De quoi s'agit-il ? Comme le souligne la Société française de dermatologie (SFD), la cellulite désigne « un amas graisseux sous-cutané ». Elle le qualifie de « disgracieux » en référence à ces légers plis de peaux qu'elle occasionne, lui donnant un aspect bosselé. Les spécialistes parlent eux, d'une lipodystrophie superficielle, définie comme une distribution anormale des masses adipeuses de [...]

De quoi s'agit-il ? Comme le souligne la Société française de dermatologie (SFD), la cellulite désigne « un amas graisseux sous-cutané ». Elle le qualifie de « disgracieux » en référence à ces légers plis de peaux qu'elle occasionne, lui donnant un aspect bosselé. Les spécialistes parlent eux, d'une lipodystrophie superficielle, définie comme une distribution anormale des masses adipeuses de l'organisme. Celle-ci est accompagnée d'une augmentation de la masse graisseuse de la partie superficielle de l'hypoderme, le tissu cellulaire de la couche profonde de la peau, situé sous le derme. En d'autres termes, il s'agit des cellules graisseuses –appelées adipocytes – qui stockent de la graisse et prennent ainsi du volume. Deux autres facteurs sont associés : une rétention d'eau et une fibrose de tissus dits « péri-adipeux ». Quels éléments déclencheurs ? Deux causes principales se dégagent pour expliquer ce phénomène : l'effet des œstrogènes, des hormones féminines, ce qui explique pourquoi les femmes sont atteintes et pratiquement pas les hommes. Sans oublier le fait qu'elles ont aussi une peau plus fine, rendant plus visible la peau d'orange ; une alimentation trop riche en gras et en sucres, parfois associée à un mode de vie sédentaire. Quelle prise en charge ? Pour autant, « même les personnes sans surpoids avec une bonne condition physique peuvent avoir de la cellulite », précise sur son site internet, le Dr Christelle Santini. Laquelle préconise sur le plan de la prise en charge, de débiter par un rééquilibrage alimentaire qui laisse moins de place au gras et au sucré et davantage à des aliments comme les fruits et les légumes. Sans oublier la reprise d'une activité physique régulière. Pour le reste, la SFD mentionne les traitements par lasers dermatologiques. Ils visent la destruction « des adipocytes sans aspiration avec déplacement d'une sonde-laser dans la graisse sous-cutanée. C'est l'endo-laser qui par un mouvement de va-et-vient va provoquer une adipocytolyse ou destruction par la chaleur ou effet thermique des cellules ». Elle ajoute qu'il existe d'autres techniques dont l'objectif est de drainer ou détruire les adipocytes avec des machines « de type radiofréquence ou ondes acoustiques ». Dans tous les cas, les résultats ne demeurent pas pleinement garantis, à en croire la science. Au même titre que le massage ou l'automassage qui peuvent aussi être prodigués. Cosmétologie et dermatologie esthétique, 12 novembre 2007 [50-480-A-10] - Site du Dr Christelle Santini – SFD : <https://dermato-info.fr/>



Cellulite : tout savoir sur cette lipodystrophie superficielle

Cellulite : tout savoir sur cette lipodystrophie superficielle

Sur les cuisses, les fesses, le ventre... La cellulite concernerait principalement les femmes, presque toutes d'ailleurs : entre 80 % et 95 %, après la puberté ! Elle fait référence à cette « peau d'orange » bien connue. Mais que cache-t-elle ? Réponses. De quoi s'agit-il ?

Comme le souligne la Société française de dermatologie (SFD), la cellulite

Les spécialistes parlent eux, d'une lipodystrophie superficielle, définie comme une distribution anormale des masses adipeuses de l'organisme. Celle-ci est accompagnée d'une augmentation de la masse grasseuse de la partie superficielle de l'hypoderme, le tissu cellulaire de la couche profonde de la peau, situé sous le derme. En d'autres termes, il s'agit des cellules grasseuses – appelées adipocytes - qui stockent de la graisse et prennent ainsi du volume. Deux autres facteurs sont associés : une rétention d'eau et une fibrose de tissus dits « péri-adipeux ».

Quels éléments déclencheurs ?

Deux causes principales se dégagent pour expliquer ce phénomène :

l'effet des œstrogènes, des hormones féminines, ce qui explique pourquoi les femmes sont atteintes et pratiquement pas les hommes. Sans oublier le fait qu'elles ont aussi une peau plus fine, rendant plus visible la peau d'orange ;

une alimentation trop riche en gras et en sucres, parfois associée à un mode de vie sédentaire.

Quelle prise en charge ?

Pour autant, « même les personnes sans surpoids avec une bonne condition physique peuvent avoir de la cellulite », précise sur son site internet, le Dr Christelle Santini. Laquelle préconise sur le plan de la prise en charge, de débuter par un rééquilibrage alimentaire qui laisse moins de place au gras et au sucré et davantage à des aliments comme les fruits et les légumes. Sans oublier la reprise d'une activité physique régulière.

Pour le reste, la SFD mentionne les traitements par lasers dermatologiques. Ils visent la destruction « des adipocytes sans aspiration avec déplacement d'une sonde-laser dans la graisse sous-cutanée. C'est l'endo-laser qui par un mouvement de va-et-vient va provoquer une adipocytolyse ou destruction par la chaleur ou effet thermique des cellules ».

Elle ajoute qu'il existe d'autres techniques dont l'objectif est de drainer ou détruire les adipocytes avec des machines « de type radiofréquence ou ondes acoustiques ». Dans tous les cas, les résultats ne demeurent pas pleinement garantis, à en croire la science. Au même titre que le massage ou l'automassage qui peuvent aussi être prodigués.



Santé. Mélanome et carcinome : les bons réflexes pour éviter un second cancer cutané

Après un cancer de la peau, le risque de développer une nouvelle tumeur cutanée est bien réel. La Société française de dermatologie entend sensibiliser les patients concernés pour que les bonnes pratiques – protection solaire, suivi dermatologique, dépistage – deviennent des réflexes durables.

01 / 02

02 / 02

Un cancer de la peau augmente le risque d'en développer un second. Pour rappel, le mélanome prend naissance dans les cellules de la peau appelées mélanocytes. Elles fabriquent la mélanine, ce pigment colorant la peau. Il est le cancer de la peau le plus rare (10 % des cancers cutanés) mais aussi le plus grave. Pour sa part, le carcinome basocellulaire ne se développe que localement et ne donne pas de métastases. Le carcinome épidermoïde est quant à lui beaucoup plus rare et peut être à l'origine de métastases. Il doit être traité rapidement. Pour les personnes qui ont été diagnostiquées et traitées pour l'un de ces cancers, le risque d'un second cancer cutané est élevé. « Le risque de survenue d'un nouveau carcinome ou d'un nouveau mélanome est significativement accru chez les patients ayant déjà eu un antécédent de cancer cutané, ce qui justifie une surveillance dermatologique rigoureuse et une photoprotection renforcée », alerte le Pr Ève Maubec, dermatologue à l'hôpital Avicenne (Bobigny), experte des cancers cutanés et membre de la Société française de dermatologie. Ainsi, selon les chiffres avancés par la SFD, 8 % des patients ayant eu un mélanome en développeront un second. Le risque de carcinome est également accru. Aussi apparaît-il essentiel que les patients concernés soient sensibilisés aux recommandations et les suivent. Des protections solaires efficaces Le rayonnement ultraviolet est le premier facteur de risque de cancers de la peau. Et l'incidence de celui-ci a considérablement augmenté en même temps que l'exposition au soleil "de loisir" s'est popularisée. Une étude australienne portant sur 1 383 patients dont environ un quart avait déjà eu un cancer cutané a « montré que l'application quotidienne d'un produit de protection solaire permettait de réduire de 39 % le risque de survenue de nouveau carcinome épidermoïde cutané mais ne permettait pas de réduire le risque de survenue de nouveau carcinome basocellulaire ». Toutefois, le temps d'apparition du second carcinome basocellulaire tendait à être plus long lorsque la crème solaire était quotidiennement appliquée. Si diverses études montrent que les personnes qui ont eu un carcinome changent leurs habitudes par rapport au soleil, cela reste insuffisant. Une étude française indique que 96 % des patients ayant eu un cancer de la peau étaient conscients du risque de cancer cutané lié au soleil. Pourtant, « seulement 59 % limitaient leur exposition solaire pendant les heures les plus chaudes, 45 % portaient un chapeau, 28 % portaient des vêtements couvrants, et seulement 35% utilisaient régulièrement un produit de protection solaire à indice élevé », précise la SFD. Ces bonnes pratiques qui devraient être des réflexes pour les patients : respecter le calendrier de surveillance dermatologique : un suivi doit être proposé au moins une fois par an ou adapté à chaque situation par le dermatologue ; pratiquer l'auto-dépistage cutané : il s'agit d'un examen de la peau à la recherche d'éventuelles lésions. Les personnes qui pratiquent cet auto-dépistage se voient détecter les tumeurs à un stade plus précoce. « Les miroirs, les photographies corporelles ou l'aide d'un proche peuvent s'avérer utiles,



notamment pour les zones difficiles d'accès comme le cuir chevelu ou le dos », conseille la SFD ;le moyen mnémotechnique ABCDE est une aide visuelle utile en cas de taches suspectes : Asymétrie, Bords irréguliers, Couleur, Diamètre, Evolution ;le signe du « vilain petit canard » : cette stratégie de reconnaissance est basée sur le fait que les grains se ressemblent tous chez une même personne et que si l'un est différent des autres, une consultation est nécessaire ;limiter son exposition au soleil (notamment quand l'indice UV est supérieur ou égal à 3) et éviter les cabines de bronzage artificiel ;porter des vêtements couvrants et des lunettes de soleil ;appliquer un produit solaire résistant à l'eau, avec une protection élevée (SPD 50), à appliquer à chaque exposition au soleil et à renouveler toutes les 2 heures ;se renseigner sur les médicaments que l'on prend : sont-ils photosensibilisants ? Si oui, il est nécessaire de redoubler de vigilance. La Société française de dermatologie appelle à renforcer les messages de prévention auprès des populations à risque et à intégrer systématiquement la prévention secondaire dans les parcours de soins.

Newsletter. L'essentiel de la semaine

Chaque samedi

Inscrivez-vous à "L'essentiel de la semaine", et retrouvez notre sélection des articles qu'il ne fallait pas rater lors des sept derniers jours.Voir mes newsletters

Ca y est ! Vous êtes inscrit

Peut contenir des publicités. Vous pouvez vous désinscrire à tout moment depuis votre espace client.

Également au sommaire

ARTICLE DU MOIS **Cellules de Langerhans dans la spongiose épidermique : un marqueur clé de l'ECA** Résultat d'une étude sur des patients ayant eu des tests allergologiques F. CHASSET 6
CONGRÈS JDP • **Actualités pratiques en dermatologie pédiatrique • Prise en charge des verrues et du *molluscum contagiosum* de l'enfant • Place de l'imagerie dans les hémangiomes infantiles** C. FABER 6 – 10
CONGRÈS JDP • **Dermatophytoses : la résistance à la terbinafine pose de nouveaux défis thérapeutiques • Comment traiter une alopecie androgénétique masculine • Pédiculose du cuir chevelu : de la résistance aux insecticides locaux à l'ivermectine orale • Les biomédicaments chez la femme enceinte ou allaitante • Des données inédites sur les traitements systémiques du psoriasis de l'enfant dans la pratique courante** C. FERRAT 10 – 13
CONGRÈS AAD • **Effets indésirables cutanés immuno-induits : des indicateurs de toxicités multiorganes sous immunothérapie ? • Le dupilumab montre des résultats prometteurs dans le traitement de la pemphigoïde bulleuse • Dermatite atopique : les avancées thérapeutiques marquantes de 2025** S. CARRILLO 13 – 14
EXERCICE PROFESSIONNEL **Comment intégrer la médecine anti-âge dans son activité ? I.** ROUSSEAU 15 ■



Soleil : nos conseils pour bien profiter de l'été

Expert auprès de la Société française de dermatologie, le docteur Pierre Vabres nous aide à comprendre les dangers du soleil. Voici ses conseils pour passer un bel été.

Avec le soleil qui s'installe durablement et les grandes vacances qui approchent, la tentation est grande de s'exposer dans son jardin, sur la plage, pour profiter à fond des premiers rayons du soleil. Mais attention, qui dit soleil dit dangers. Pour vous aider à les contourner, voici les conseils du docteur Vabres, dermatologue pédiatrique et membre de la Société française de dermatologie. À quel âge un enfant peut-il prendre le soleil ? Dr Pierre Vabres. « Jamais avant un an. Il est crucial d'être très vigilant sur l'exposition directe au soleil des nourrissons. Il ne s'agit même pas seulement d'éviter les coups de soleil, mais bien toute exposition au soleil. Pour une raison simple, la peau d'un bébé est très jeune et très vulnérable. Les coups de soleil de l'enfance, on en paie les conséquences des années et même des décennies plus tard. C'est un facteur de mélanome plus tard dans la vie. » Et après un an, quels conseils donnez-vous aux parents ? « Un enfant, c'est logique, a envie de rester des heures à patauger au bord de l'eau. Ne pas passer des heures au soleil, se mettre à l'ombre, voire à l'intérieur régulièrement, c'est une mesure de bon sens. On recommande de ne pas passer plus de deux heures consécutives au soleil, et surtout il faut éviter les heures d'insolation maximale, qui sont, à l'heure française, environ de 11 h à 15 h. » Un tee-shirt ne protège pas du soleil Les vêtements anti-UV sont-ils efficaces pour protéger son enfant du soleil ? « Un simple tee-shirt ne protège des rayons UV. Certains vêtements anti-UV peuvent être efficaces, à condition de vous assurer qu'ils ont un marquage CE. Ceux-là sont fiables. Il faut vraiment se méfier des produits d'importation, chinois par exemple, car il y a beaucoup de contrefaçons et d'absence de contrôle des normes... » Se croire protégé une fois bronzé est une erreur fréquente Et la crème solaire, est-ce qu'on l'adapte en fonction d'une peau plus ou moins hâlée ? « Non, pour les crèmes solaires pour les enfants, il faut absolument prendre un SPF – « Sun Protection Factor », en Français « Facteur de Protection Solaire » – 50 ou 50+. Et, même si certains produits garantissent un effet protecteur avec une application seulement, je recommande de renouveler la crème régulièrement, toutes les deux heures c'est une bonne règle. » Est-ce que le bronzage protège des méfaits du soleil ? « Un peu, le bronzage est un moyen de protection naturelle, mais ce n'est pas le meilleur. Se croire protégé une fois bronzé est une erreur fréquente. Que ce soit avec le bronzage, la crème solaire ou les vêtements, il y a un risque de fausse sécurité. Si l'on repousse les limites, on finit par prendre trop d'UV. La durée d'exposition et l'heure de l'exposition sont des facteurs très importants pour ne pas se mettre en danger. » Existe-t-il des crèmes efficaces pour soigner un gros coup de soleil ? « Non, un coup de soleil c'est une brûlure, aucun produit ne peut réparer la brûlure, mais seulement soulager la douleur. Le meilleur conseil, c'est surtout ne pas s'exposer à nouveau au soleil, car là vous aggravez la situation au point de devoir ensuite prendre des anti-inflammatoires. En cas de fortes brûlures, il faut absolument consulter un médecin. » Et les séances d'UV pour préparer sa peau au soleil ? « C'est stupide, il n'y a pas de préparation de la peau au soleil, ça n'existe pas. Les cabines d'UV, c'est du soleil en boîte, mais le problème, c'est l'effet cumulatif des UV : plus on prend, plus on le paie à la sortie. Trop d'UV augmentent les effets délétères du soleil, c'est-à-dire le vieillissement de la peau et l'apparition de cancer. Nous, dermatologues, on utilisait les UV pour traiter certaines dermatoses. C'est de moins en moins le cas en raison des risques de cancers... » Et les lunettes « Je ne suis pas spécialiste dans ce domaine, mais oui, il faut également évidemment protéger ses yeux. Une forte exposition peut



altérer la rétine, avec à terme l'apparition d'une dégénérescence maculaire avec une perte de vue centrale ; C'est une pathologie que l'on observe beaucoup chez les personnes âgées qui ont vécu longtemps au soleil.« Les coups de soleils de l'enfance, on en paie les conséquences des années et même des décennies plus tard. »

Des données inédites sur les traitements systémiques du psoriasis de l'enfant dans la pratique courante

Céline FERRAT

L'analyse des données de la cohorte en vie courante ACMé apporte un éclairage sur deux points concernant les traitements systémiques du psoriasis sévère de l'enfant : le taux de maintien comparatif des molécules et les critères de choix de la première ligne.

Entre 10 % et 20 % des enfants atteints de psoriasis présentent une forme sévère pouvant justifier un traitement systémique. Comme l'indique son acronyme, la cohorte ACMé – *Acitretin, Cyclosporine, and Methotrexate in childhood psoriasis* – s'intéresse à trois molécules systémiques « historiques » prescrites en première ligne dans cette indication. Pour ces médicaments largement utilisés au niveau international et bien connus, on ne dispose pas d'études comparatives, contrairement aux nouvelles thérapeutiques telles que l'apremilast et les biothérapies. L'étude menée à partir de la cohorte ACMé s'est terminée en juin 2024. Il s'agit d'une cohorte pédiatrique rétrospective, internationale, en vie courante comportant 506 patients âgés en moyenne 10,3 ans, recrutés dans 30 centres de cinq pays, dont 21 en France*. Les traitements étaient utilisés en monothérapie et devaient avoir été initiés après 2014. Au total, 683 lignes de traitement

ont été étudiées.

La survie des médicaments

De façon surprenante, les taux de maintien à 2 ans de l'acitrétine et du méthotrexate (MTX) sont comparables et supérieurs à celui de la ciclosporine qui s'effondre avant le troisième mois, date de l'évaluation de l'efficacité des traitements. Ces trois molécules ont des médianes de survie de respectivement 10,79 mois, 10,92 mois et 3,95 mois.

En ce qui concerne l'efficacité, le manque de données sur le PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*) et le PGA (*Physician Global Assessment*) dans près de 50 % des cas, lié au caractère rétrospectif de la cohorte, constitue un biais majeur. Cependant, ces scores cliniques sont utilisés uniquement dans le psoriasis en plaques. Or, environ un tiers des enfants inclus étaient atteints d'une autre forme de la maladie. Nonobstant cette limite, les résultats montrent une efficacité modérée, sans différence significative entre les molécules : 41 % à 45 % des patients ont présenté une réponse PGA 0/1 et 30 % à 35 % un PASI 75.

Les principales causes d'arrêt du traitement sont la perte d'efficacité (27,2 %) chez les enfants sous acitrétine, et la perte d'efficacité (31,8 %) et la mauvaise tolérance sous MTX. La première cause de l'arrêt de la ciclosporine est l'inefficacité

primaire (43 %) et non pas la cure terminée (9,1 %). Il faut noter la fréquence des effets indésirables (EI) comme cause d'arrêt unique ou associée à d'autres critères en cas de traitement par acitrétine ou ciclosporine (13,8 % et 14 %) et surtout par MTX (23,1 %). Avec les biothérapies autorisées dans le traitement du psoriasis de l'enfant, le taux d'EI en vie réelle est de moins de 1 % (1).

Les facteurs associés au choix du premier traitement

D'après une analyse univariée des données de la cohorte, le choix du premier traitement systémique est influencé par le pays, l'âge et le sexe des enfants, la forme clinique du psoriasis. L'acitrétine est plus souvent utilisée en France (63 % des cas) et au Canada (70,4 %, mais un seul centre investigateur) alors qu'en Italie la molécule la plus prescrite en première ligne est la ciclosporine (60,9 %), et au Royaume-Uni, le MTX (60,9 %). Les données du Portugal n'ont pas été analysées en raison du faible effectif (10 patients, 1 centre).

L'acitrétine est choisie préférentiellement chez les garçons (61,2 %) et la ciclosporine et le MTX chez les filles (61,5 % et 58,9 %). L'acitrétine est plus volontiers donnée aux enfants plus jeunes (âge moyen 8,6 ± 3,6 ans) que le MTX (12,9 ± 3,5 ans) et la ciclosporine (11,7 ± 3,9 ans). Il apparaît

également que le médicament de premier choix est l'acitrétine dans le psoriasis palmo-plantaire (PPP) et les deux autres molécules dans le psoriasis en plaques. Dans le rhumatisme psoriasique (RhPso), c'est le MTX qui ressort en première ligne, mais cette analyse a porté sur un très petit effectif. Il n'y a eu aucun impact de la présence d'un antécédent familial, du psoriasis en goutte, de l'atteinte unguéale ni du surpoids sur le choix thérapeutique initial.

L'analyse multivariée, avec le MTX comme référence, confirme l'influence des pays ainsi que la prédominance de la prescription de l'acitrétine chez les garçons, chez les enfants plus jeunes et dans le PPP. Pour la ciclosporine, le seul critère de choix est le pays d'initiation. La préférence pour l'acitrétine en fonction de l'âge et du sexe s'explique par sa tératogénicité et par la moins bonne acceptabilité par les enfants plus grands et les adolescents de ses EI, en particulier des chéilites qui peuvent être sévères. Enfin, l'utilisation privilégiée du MTX dans le RhPso est classique chez l'enfant. C'est en effet la seule molécule qui a une AMM dans l'arthrite juvénile idiopathique. w

*D'après les communications orales d'Emmanuel Mahé (CH d'Argenteuil), JDP 2024. * France, Canada, Italie, Royaume-Uni, Portugal.*

Référence 1. Phan C *et al. J Eur Acad Dermatol Venereol* 2019 ; 33(10) : 1984-92. ■



Pédiculose du cuir chevelu : de la résistance aux insecticides locaux à l'ivermectine orale

Céline FERRAT

Plusieurs raisons expliquent la nécessité de traiter la pédiculose du cuir chevelu. C'est une maladie transmissible très fréquente qui touche majoritairement les enfants d'âge scolaire, une population fragile. Elle entraîne un risque de surinfections bactériennes cutanées et de complications infectieuses systémiques (dans les pays à ressources limitées) et peut avoir un impact psychosocial.

Dans les années 1990, on a assisté à une diffusion importante en population des pyréthrine naturelles puis de synthèse, considérées comme « le traitement miracle » de la pédiculose du cuir chevelu (PCC) – par comparaison aux insecticides de type lindane, DDT, malathion... –, dont des shampoings anti-poux préventifs. Au milieu de cette décennie, le malathion (anti-poux de référence, peu utilisé) et la d-phénothrine ont fait l'objet d'un essai randomisé comparatif en milieu scolaire (1). Ces produits avaient préalablement montré, dans un modèle expérimental de poux élevés sur le lapin, une efficacité à 100 %, avec une activité à la fois pédiculicide et lenticide. Le critère de jugement principal de l'essai clinique était l'absence de poux vivants à J1. Ses résultats démontrent l'efficacité supérieure du malathion par rapport à celle de la

d-phénothrine (92 % vs 40 %) ainsi que son activité pédiculicide plus importante.

Le mécanisme moléculaire de la résistance des poux à la perméthrine a ensuite été élucidé (résistance *kdr* : *know down resistance*) (2). Cette résistance s'est répandue sur tous les continents (3). Cependant, le taux de résistance parasitologique à la perméthrine est moins important que le taux de résistance moléculaire (4). La résistance moléculaire semble donc témoigner de l'émergence de la pression de sélection exercée sur les poux avec les dérivés des pyrèthres. L'ivermectine orale bloque les canaux synaptiques chlorure glutamate-ou GABA-dépendants entraînant ainsi la paralysie et la mort du parasite par atteinte de la jonction neuro-musculaire. Une étude ouverte sur 26 cas avait montré que la prise unique d'une dose standard d'ivermectine (200 mg/kg) est insuffisante pour obtenir un taux d'efficacité satisfaisant. L'intérêt d'une dose de 400 mg/kg, répétée 7 jours plus tard, a été mis en évidence par une étude industrielle de phase II B non publiée. Un essai randomisé contrôlé en *cluster* mené chez des patients difficiles à traiter a montré que ce protocole d'ivermectine orale est beaucoup plus efficace que le malathion lotion à 0,5 % (différence statistiquement significative de 10,2 points), avec peu d'effets

secondaires (5). En cas de PCC difficile à traiter, il faut d'abord penser à une cause d'échec thérapeutique autre que la résistance, telle que le manque d'observance, la mauvaise compréhension ou le mauvais suivi des instructions sur l'utilisation des anti-poux...

En pratique aujourd'hui

Le malathion a été retiré du marché français en 2018 à la suite de son inscription sur la liste I des médicaments. Avec les pyréthrine, il existe un problème de résistance et de risque de troubles comportementaux chez les enfants (6) et même de surmortalité dans la population générale (7). Ces données ont conduit à interdire les vêtements imprégnés. La plausibilité biologique du lien entre l'exposition aux pyréthrine et l'augmentation des troubles du comportement a été confortée par des travaux sur modèle animal (8). Par ailleurs, la survenue de cas d'insuffisance rénale aiguë en lien avec l'application de produits de lissage des cheveux contenant de l'acide glyoxylique (9) atteste de la possibilité d'un passage systémique des produits appliqués sur le cuir chevelu.

L'ivermectine locale à 0,5 % est autorisée pour le traitement de la PCC aux États-Unis, mais pas en France. Son utilisation massive pourrait induire une résistance à l'ivermectine qui est un médicament essentiel dans le monde entier (10).

La diméticone, qui n'a pas d'action pédiculicide, agit en interférant avec le métabolisme de l'hôte. Les premiers cas de résistance à ce produit ont été publiés récemment (11). Les huiles essentielles sont très loin des standards souhaités des essais randomisés sur le traitement des poux (12). Largement utilisé en Angleterre, le traitement mécanique (*bug busting*) est long et contraignant. Il n'a pas le même succès en France où des officines privées se sont développées et proposent ce type de traitement à des prix exorbitants. En pratique, il est donc difficile de traiter la PCC aujourd'hui, et les recommandations internationales (13) ne donnent pas de bonne réponse.

L'ivermectine orale ne doit être utilisée qu'en cas d'échecs multiples des traitements alternatifs disponibles. Elle ne dispose pas non plus d'AMM dans la PCC. En 2025, le Centre de preuves en dermatologie mènera une discussion sur une demande d'admission de ce médicament dans le cadre de prescription compassionnelle. Il faut aussi mieux étudier les mécanismes de résistance des poux à l'ivermectine. C'est l'objectif d'un projet de recherche d'une équipe tourangelle (BioMAP, UMR ISP 1282) financé par la Société française de dermatologie. Enfin, des données de la littérature montrent que l'ivermectine à forte dose est intéressante dans la pédiculose diffuse pubienne (14) et dans la pédiculose corporelle (15).

w

Créteil). Session « Game Changer », JDP 2024.

Références 1. Chosidow O *et al.* *Lancet* 1994 ; 344(8939-8940) : 1724-7. 2. Lee SH *et al.* *Pesticide Biochemistry and Physiology* 2000 ; 66 : 130-43. 3. Hodgdon HE *et al.* *Pest Manag Sci* 2010 ; 66(9) : 1031-40. 4. Bouvresse S *et al.* *J Am Acad Dermatol* 2012 ; 67(6) : 1143-50. 5. Chosidow O *et al.* *N Engl J Med* 2010 ; 362(10) : 896-905. 6. Viel JF *et al.* *Occup Environ Med* 2017 ; 74(4) : 275-81. 7. Bao W *et al.* *JAMA Intern Med* 2020 ; 180(3) : 367-74. 8. Expertise collective Inserm, mise à jour 2021. 9. Robert T *et al.* *N Engl J Med* 2024 ; 390(12) : 1147-9. 10. Chosidow O *et al.* *N Engl J Med* 2012 ; 367(18) : 1750-2. 11. Burgess IF *et al.* *Br J Dermatol* 2023 ; 189(1) : 144-5. 12. Do-Pham G *et al.* *J Invest Dermatol* 2014 ; 134(3) : 628-34. 13. Mumcuoglu KY *et al.* *Int J Dermatol* 2021 ; 60(3) : 272-80. 14. Bernigaud C *et al.* *Ann Dermatol Venereol* 2018 ; 145(12S) : S281. JDP 2018. 15. Thomas C *et al.* *JAMA*. Publication avancée en ligne 9 septembre 2024. ■

D'après la communication d'Olivier Chosidow (hôpital Henri-Mondor,



Comment traiter une alopécie androgénétique masculine

Céline FERRAT

Les modalités de prise en charge de l'alopécie androgénétique dépendent de l'âge et du profil psychologique du patient, de la gravité de l'affection, et des avantages et inconvénients des traitements. La décision thérapeutique doit être prise en concertation avec le patient, car il s'agit de traitements chroniques.

Les stades évolutifs de l'alopécie androgénétique masculine (AAGM) sont définis dans la classification de Hamilton-Norwood. La diversité des diamètres des cheveux est prédictive du développement de l'alopécie. Si la dermoscopie met en évidence une hétérogénéité des diamètres (HDD) inférieure à 20 %, le patient peut être rassuré. Une HDD supérieure à 20 % définit l'alopécie androgénétique. Quatre propositions thérapeutiques peuvent alors être envisagées selon les cas : l'abstention, le traitement médical, les prothèses capillaires et la chirurgie.

Traitement des stades précoce et modéré

Dans l'AAGM précoce (stades Ludwig II et III) ou modérée (stades IV et V), il existe deux options thérapeutiques de première intention : le minoxidil 5 % topique deux fois par jour et le finastéride 1 mg/j *per os*. Il est aussi possible de prescrire le minoxidil à 2 % sur 6 mois, puis à 5 % si le résultat du traitement n'est pas satisfaisant. En l'absence d'études comparatives de

bonne qualité, le choix entre les deux médicaments dépendra de la préférence du patient dûment informé de leurs avantages et de leurs inconvénients. La fiche d'information sur les effets indésirables (EI) du finastéride à destination des patients, qui mentionne le risque de troubles de la sexualité et de troubles psychiques (1), peut avoir un impact sur ce choix. À noter que la balance bénéfice/risque du finastéride est en cours de réévaluation par le comité de pharmacovigilance de l'Agence européenne des médicaments (EMA)*.

L'AAGM peut survenir dès l'âge de 10-12 ans, mais ni le minoxidil ni le finastéride n'a d'AMM avant 18 ans. De nombreuses données de la littérature montrent toutefois que le minoxidil est efficace et bien toléré chez les adolescents. Dans cette population de patients, le traitement de l'AAGM commence par le minoxidil à 2 % avec la possibilité de passer au minoxidil 5 % selon l'évolution à 6 mois. À partir de l'âge de 30 ans ou dans l'AAGM modérée ou plus, la tendance est de recourir à une double prescription de minoxidil à 5 % et de finastéride 3 mg/semaine. On peut proposer en deuxième intention un traitement avec le minoxidil *per os* 5 mg/j (hors AMM et non remboursé) et le finastéride 4 à 7 mg/semaine ou le dutastéride 1 mg/semaine (hors AMM). Le minoxidil oral à faible dose, qui a fait la preuve de son efficacité dans l'AAGM (2), est

donné en première intention aux États-Unis. Les doses actuellement recommandées sont de 1, 25 mg/j à 5 mg/j chez l'homme. Les EI potentiels de ce traitement doivent être expliqués aux patients (hypertrichose, étourdissements, céphalées, œdème, tachycardie). Les micro-greffes de cheveux peuvent être discutées en troisième intention. Elles ne doivent pas être réalisées trop tôt. Les autres traitements de type plasma riche en plaquettes (PRP) mésothérapie, LED ou microneedling doivent être discutés avec le patient, mais découragés.

Traitements aux stades avancés

Dans les AAGM avancées (stades VI et VII), le minoxidil et le finastéride ont peu de chance d'être efficaces. Plusieurs options peuvent être discutées avec le patient comme les perruques classiques, les compléments capillaires partiels ou les volumateurs plutôt que la chirurgie. Cette dernière peut être couplée au port d'un complément capillaire. Enfin, certains patients se satisfont d'une coupe courte sur les côtés ou d'un rasage des cheveux.

D'après la communication de Pascal Reygagne (centre Sabouraud, hôpital Saint-Louis, Paris). Flashs pour la pratique, JDP 2024.

*Dans ses conclusions publiées le 8 mai dernier, le comité de sécurité des médicaments de l'EMA confirme que le risque d'idées suicidaires fait partie des effets secondaires du finastéride, mais il précise que ses bénéfices sont

supérieurs aux risques dans toutes ses indications validées.

Références 1. [https://ansm.sante.fr/uploads/2022/](https://ansm.sante.fr/uploads/2022/11/30/finasteride-fiche-info-patients.pdf)

11/30/finasteride-fiche-info-patients.pdf

2. Jimenez-Cauhe J *et al.* *J Am Acad Dermatol* 2019 ; 81(2) : 648-9.

Traiter précocement

Le traitement précoce de l'alopecie androgénétique est essentiel pour prévenir l'aggravation de la calvitie et réduire ses conséquences psychologiques. Le minoxidil et le finastéride sont très efficaces aux stades précoces. Le bénéfice sur la chute de cheveux dure quelques mois après l'arrêt des traitements. Plus le traitement sera long, plus la calvitie sera retardée. ■



Dermatophytoses : la résistance à la terbinafine pose de nouveaux défis thérapeutiques

Céline FERRAT

Depuis leur émergence en Inde il y a quelques années, les dermatophytoses étendues réfractaires au traitement par terbinafine se sont répandues dans la plupart des pays à travers le monde, y compris en France. L'espèce responsable est le *Trichophyton indotineae*.

En France, les premiers cas de dermatophytose à *T. indotineae* résistante à la terbinafine ont été décrits en 2022 (1). La prévalence de la résistance à la terbinafine sur le territoire est désormais connue grâce à une étude nationale – la première du genre – débutée en juillet 2023 et à laquelle ont participé 22 CHU et deux laboratoires de biologie médicale. Son objectif principal inclut l'évaluation de la susceptibilité aux antifongiques alternatifs. Les investigateurs ont analysé 752 isolats prélevés sur une période de 1 an.

Les premiers résultats de ce travail montrent qu'en France la prévalence des dermatophytoses résistantes à la terbinafine est de 8 %, et la résistance à l'itraconazole et au voriconazole est très faible. La résistance à la terbinafine est portée majoritairement par *T. indotineae* (68, 4 % des cas) et dans un petit nombre de cas par d'autres espèces, dont *Trichophyton rubrum*.

L'apparition récente en France de cas autochtones de dermatophytoses à *T. rubrum* résistantes à la terbinafine est documentée (2). Elle est probablement liée à la pression de sélection exercée par l'utilisation depuis plusieurs années de la terbinafine comme traitement de première intention de ces infections. L'étude nationale met aussi en évidence des différences importantes du niveau de prévalence de la résistance à la terbinafine selon les zones géographiques. Dans certaines régions, elle dépasse largement les 5 %, en particulier en Île-de-France. En raison du manque de données épidémiologiques antérieures, la progression nationale des dermatophytoses à *T. indotineae* reste à déterminer. Elle n'est connue qu'en Île-de-France, où la prévalence de cette espèce de champignon est passée de 5 % en 2021 (3) à 23, 2 % en 2024, soit une augmentation de près de cinq fois en 3 ans.

Terbinafine, itraconazole, antifongiques alternatifs

Les patients atteints de dermatophytose à *T. indotineae* sont traités initialement par terbinafine 250 mg/j. En l'absence d'amélioration, il est recommandé de doubler la dose (250 mg x 2/j). L'échec du traitement signe une résistance à cet antifongique. Les patients sont alors mis sous itraconazole 100 mg/j, avec la possibilité d'augmenter la dose

quotidienne à 200 mg-400 mg en cas d'inefficacité. Si la guérison n'est toujours pas obtenue, il peut s'agir d'une résistance à l'itraconazole.

Bien que très faible, cette éventualité justifie une étude systématique de la sensibilité aux antifongiques sur des prélèvements réalisés dès la première consultation compte tenu du long délai de rendu des résultats (au minimum 1 mois). Les tests de sensibilité aux antifongiques doivent être réalisés dans des laboratoires de biologie médicale de référence dont la liste est publiée au *Journal officiel* *. Les échecs thérapeutiques avec l'itraconazole, qui sont rares, peuvent aussi être dus à des taux sériques faibles (< 0, 2 µg/m) (4). Il faut expliquer au patient la nécessité de prendre l'itraconazole après un repas classique afin d'augmenter son absorption et avec une boisson contenant du cola.



Une autre problématique thérapeutique importante des dermatophytoses est celle des taux élevés de rechute. Comme l'a montré

un essai randomisé, l'itraconazole reste très efficace aux trois doses, avec des taux de guérison de 82 % à 100 %, mais aussi des taux de rechute allant de 41, 5 % à 59, 4 % selon la dose (5). Dans les dermatophytoses à *T. indotineae*, des rechutes cliniques sont rapportées chez des patients traités aussi bien avec la terbinafine (de 33, 8 % à 65 %) que l'itraconazole (47, 4 %) ou le kétoconazole (37, 9 %). Elles représentent la caractéristique la plus préoccupante de ces infections, et ce, d'autant qu'il n'existe pas de facteur prédictif clinique ou lié au traitement. Les infections localisées ont elles aussi tendance à rechuter. Un fait rassurant : après une rechute, les patients répondent au traitement avec le même antifongique utilisé pour l'infection initiale (6). Il existe plusieurs alternatives aux traitements par terbinafine et itraconazole. Le voriconazole, disponible sous forme orale et topique (préparation magistrale), est très efficace mais coûteux, et avec un usage restreint pour minimiser le risque de résistance. Il est administré à la posologie de 400 mg x 2/j pendant 2 jours, puis 200 mg x 2/j pendant 3 mois et 200 mg/j pendant 3 mois. Le fluconazole 5 mg/kg/j est peu efficace, mais peut être intéressant chez les patients avec comorbidités et chez les enfants. Le posaconazole à raison de 300 mg/j pendant 4 semaines a donné des résultats prometteurs, mais il y a encore peu d'études sur son efficacité. Les traitements combinés itraconazole + terbinafine 200 mg et 250 mg/j n'ont pas d'avantage par rapport à la monothérapie. En ce qui concerne

les traitements antifongiques topiques, ils se sont montrés très efficaces *in vitro*, mais n'ont pas encore été évalués en clinique. La question de leur intérêt potentiel pour diminuer la transmission interhumaine des dermatophytes reste posée. w

D'après la communication d'Alicia Moreno-Sabater (hôpital Saint-Antoine, Paris). Session « Hot topics », JDP 2024.

* Des informations sur les laboratoires de référence peuvent être obtenues en contactant la Société française de mycologie médicale. [https :](https://sfmm-mycologie-medicale.com)

[//sfmm-mycologie-medicale.com](https://sfmm-mycologie-medicale.com)
Références 1. Jabet A *et al. Emerg Infect Dis* 2022 ; 28(1) : 229-33. 2. Moreno-Sabater A *et al. Clin Microbiol Infect* 2024 ; 30(12) : 1613-5. 3. Moreno-Sabater A *et al. J Fungi (Basel)* 2022 ; 8(3) : 220. 4. Khurana A *et al. Mycoses* 2021 ; 64(12) : 1480-8. 5. Khurana A *et al. JAMA Dermatol* 2022 ; 158(11) : 1269-78. 6. Khurana A *et al. J Am Acad Dermatol* 2024 ; 91(2) : 315-23. ■



Dermatite atopique : évaluation d'une nouvelle stratégie de prévention primaire

L'essai académique PREGRALL est la première étude évaluant l'effet des probiotiques exclusivement avant la naissance pour la prévention de la dermatite atopique chez les enfants à haut risque.

La dermatite atopique (DA) est bien connue pour sa fréquence et son impact sur la vie des enfants atteints et de leur famille. Cette dermatose inflammatoire chronique pour laquelle il n'existe pas de traitement curatif constitue également une porte d'entrée pour les autres maladies atopiques, notamment les allergies alimentaires. On comprend donc tout l'intérêt d'une prévention primaire de la DA. L'enjeu est de trouver un moyen simple et peu onéreux pour éviter son apparition avec à la clé un bénéfice médico-économique important. Les auteurs de l'essai PREGRALL – financé par un PHRC interrégional – ont choisi de cibler une population restreinte et d'intervenir très précocement. L'exposome périnatal est en effet un facteur clé pour la santé future des enfants. Des mesures d'intervention sur l'environnement fœtal pourraient ainsi modifier les facteurs de risque des maladies chroniques au long cours. Les cibles potentielles des interventions sont les trois facteurs physiopathologiques initiaux de la DA : la dysbiose, les anomalies de la barrière cutanée et la dysrégulation immunitaire. Parmi les facteurs protecteurs de la DA, certains peuvent difficilement faire l'objet de mesures à visée préventive dans la population (vie avec des animaux pendant la grossesse, prématurité, moins d'antibiotiques chez les nouveau-nés) et d'autres sont inefficaces (lait de

vache hydrolysé), peu efficaces (renforcer la barrière cutanée chez les enfants à risque) ou en cours d'évaluation (adoucis-seurs d'eau). Il reste donc les probiotiques et les prébiotiques, dont l'un des plus connus est les oligosaccharides du lait maternel (*human milk oligosaccharides* [HMO]).

Les probiotiques sont des sucres non digestibles qui stimulent la croissance du microbiote digestif. Ils ne sont pas seulement de la nourriture pour les bactéries digestives, mais ont aussi un effet direct sur les cellules immunitaires et épithéliales. Des données sur des modèles murins ont montré que l'apport en probiotiques durant la gestation de l'animal induit une protection vis-à-vis des allergies alimentaires chez sa progéniture⁽¹⁾. Ce type de supplémentation avait déjà été évalué dans des études cliniques randomisées, mais uniquement en postnatal. Sans succès, comme l'atteste une méta-analyse de six études dans lesquelles l'administration de probiotiques chez les nourrissons pendant au moins 8 semaines n'a pas eu d'effet préventif significatif contre les maladies allergiques⁽²⁾.

APRÈS UNE ÉTUDE DE FAISABILITÉ

L'étude PREGRALL a été lancée après que sa faisabilité ait été démontrée⁽³⁾. Son objectif était de déterminer si la supplémentation anténatale en probiotiques pendant la grossesse pouvait prévenir la DA chez les enfants à

risque (antécédents maternels d'atopie). Il s'agit d'un essai randomisé en groupes parallèles, multicentrique, en double aveugle contre placebo ayant inclus 376 femmes enceintes. Les probiotiques (galacto-oligosaccharides [GOS]-inuline) ou le placebo ont été administrés à partir de la 20^e semaine d'aménorrhée jusqu'à l'accouchement. Le critère de jugement principal était la prévalence de la DA à 1 an et les critères secondaires, la prévalence de la DA à 6 mois, sa sévérité à 1 an, la qualité de vie rapportée par les parents, la tolérance des probiotiques, la perméabilité de la barrière cutanée mesurée par la perte insensible en eau (*transepidermal water loss* [TEWL]), la sensibilisation aux allergènes majeurs et la prévalence des allergies alimentaires à 1 an. Le mode d'accouchement et la mise en place ou non d'un allaitement au sein ont fait l'objet d'analyses préspecifiées en sous-groupes. Parallèlement, une biocollection a été constituée à partir de prélèvements de sang maternel à différents moments de la grossesse, de sang de cordon et de sang des enfants à 1 an.

LES RÉSULTATS

Les résultats de l'essai mettent en évidence l'absence de différence significative entre les bras placebo et supplémentation sur l'ensemble des paramètres évalués. En revanche, la supplémentation en probiotiques a modifié la composition du microbiote maternel, avec

notamment une augmentation des bifidobactéries, et cette modification a été transmise à l'enfant en début de vie.

Une très récente étude de méthodologie proche, mais avec une supplémentation maternelle en pré- et postnatal jusqu'à 6 mois pendant l'allaitement est parvenue à la même conclusion⁽⁴⁾. Au vu des résultats de cette étude australienne et de l'essai PREGRALL, on peut affirmer qu'il existe désormais des preuves solides permettant d'exclure un effet cliniquement significatif des probiotiques périnataux de type GOS inuline sur la prévention de la DA à 1 an. Les enfants seront suivis jusqu'à 5 ans pour pouvoir examiner le risque d'asthme. L'étude translationnelle en cours a pour but d'éclaircir les raisons pour lesquelles cette supplémentation n'a pas eu d'effet protecteur. Enfin, il serait intéressant d'évaluer l'efficacité préventive d'autres probiotiques comme les HMO.

C. FABER

Saint-Mandé

D'après la communication orale de Sébastien Barbarot, Nantes lors des JDP 2024

Références

1. Selle A et al. *Front Immunol* 2022 ; 12 : 745535.
2. Cuello-Garcia C et al. *Clin Exp Allergy* 2017 ; 47(11) : 1468-77.
3. Cabridain C et al. *BMJ Open* 2019 ; 9(4) : e024974.
4. Palmer DJ et al. *J Allergy Clin Immunol* 2025 ; 155(1) : 144-52.





Les biomédicaments chez la femme enceinte ou allaitante

Céline FERRAT

Pour obtenir des informations sur les traitements biologiques au cours de la grossesse et de l'allaitement ou dans le cadre d'un projet de grossesse, le dermatologue dispose de trois sources : le Centre de référence sur les agents tératogènes (CRAT), le Vidal et la base de données en anglais LactMed.

Les spécificités pharmacologiques en cours de grossesse doivent être connues. Le placenta n'est pas une barrière et laisse passer presque tous les médicaments, à l'exception de ceux de gros moléculaire parmi lesquels l'héparine, l'insuline et l'interféron α . On sait aussi que, chez le nouveau-né, le temps d'élimination plasmatique est plus long que chez l'adulte en raison de l'immaturation de ses fonctions hépatique et rénale. Il peut donc être potentiellement exposé aux effets secondaires des médicaments reçus par sa mère.

La nature du risque dépend du terme de la grossesse. Les deux premiers mois de grossesse constituent la période à risque tératogène. Durant les sept derniers mois, le risque est fœtal et/ou néonatal avec soit une toxicité irréversible sur la maturation d'un organe ou d'un tissu, soit un effet pharmacologique transitoire du traitement maternel sur le nouveau-né comme avec les anti-TNF. Il y a un risque possible de carcinogénèse à distance (Distilbène®) ou de retard

psychomoteur et de troubles psychiatriques par exemple avec le valproate de sodium. La période à risque couvre alors toute la grossesse.

Le Vidal contre-indique beaucoup de médicaments par précaution, ce qui limite son utilité. La source d'information la plus utile est le CRAT. Quelques molécules récentes ne figurent pas sur son site Internet* ou avec très peu de données. Il suffit alors de prendre contact avec le centre pour être rapidement renseigné. Ses recommandations sont fondées sur la physiopathologie, les données chez l'animal et les données cliniques. Pour les biothérapies, ces dernières peuvent être celles obtenues en dermatologie, mais aussi provenir des autres spécialités concernées par leur prescription. Quant à la base de données LactMed**, elle peut apporter des informations complémentaires ou plus précises sur l'allaitement.

Dermatite atopique

Lors d'un projet de grossesse, le dupilumab et le tralokinumab doivent être arrêtés avant la conception dans un délai respectivement de 10 à 15 semaines et de 3, 5 mois.

Aucune donnée sur le passage placentaire du dupilumab n'apparaît sur le site du CRAT. Les données publiées sur ce médicament en cours de grossesse sont très peu nombreuses. Tous les enfants issus des 65 grossesses exposées

rapportées dans la littérature vont bien. Dans la majorité des cas, le traitement a été arrêté au cours du premier trimestre. À ce jour, il n'y a pas suffisamment de données pour recommander largement le dupilumab chez les femmes enceintes. Selon le Vidal, il ne doit être utilisé pendant la grossesse qu'en cas de rapport bénéfice attendu/risque favorable pour le fœtus.

Pour le tralokinumab, on dispose d'encre moins de données. Chez le singe, il n'est pas tératogène et passe dans le placenta. Les données cliniques disponibles en cours de grossesse sont quasi inexistantes. Quelques grossesses sous tralokinumab ont été rapportées dans des essais cliniques, mais le traitement a été interrompu à sa découverte et il n'y a pas de précision sur la durée d'exposition.

Le Vidal préconise d'éviter l'utilisation de cette molécule pendant la grossesse. Lors d'un projet de grossesse, le dupilumab et le tralokinumab doivent être arrêtés avant la conception dans un délai respectivement de 10 à 15 semaines et de 3, 5 mois. Le CRAT autorise l'allaitement maternel sous dupilumab en s'appuyant sur les connaissances actuelles : un faible passage dans le lait, l'absence d'événement particulier parmi la quinzaine d'enfants allaités par des mères sous dupilumab, et sa destruction probable dans le tube digestif du fait de sa structure

polypeptide rendant l'exposition systémique de l'enfant *via* le lait peu vraisemblable. Son site ne fournit pas de données sur le tralokinumab. Les informations de LactMed se limitent à des données physiopathologiques : le passage probablement très bas de cette grosse molécule dans le sang et sa destruction probable dans le tube digestif de l'enfant.

Psoriasis

Les éléments importants sont le passage placentaire, le moment de la grossesse et la demi-vie de la molécule. On considère qu'elle est éliminée au bout de cinq demi-vies. L'anti-TNFa recommandé en première intention est le certolizumab qui peut être poursuivi tout au long de la grossesse. Il est possible de poursuivre le traitement pendant la grossesse si nécessaire avec l'étanercept, et sous réserve d'une dernière injection au début du troisième trimestre, avec l'adalimumab et l'infliximab.

L'utilisation de l'anti-IL-12/23 ustékinumab est envisageable que si le certolizumab ne convient pas avec, là encore, une dernière injection au même moment de la grossesse. Cet avis s'applique à l'anti-IL-17 sécukinumab, avec une dernière injection à 22 semaines d'amé norrhée (SA). Les trois autres anti-IL-17 (ixékizumab, brodalumab, bimékizumab) ainsi que les

anti-IL-23 (guselkumab, rizankizumab, tildrakizumab) ne sont pas recommandés pendant la grossesse. Chez les femmes avec projet de grossesse, ils doivent être arrêtés de 9 à 17 semaines avant la conception selon leur demi-vie d'élimination plasmatique. Pour mémoire, chez le nouveau-né d'une mère traitée par biomédicament, les vaccins vivants sont contre-indiqués 6 mois après la dernière injection. Le CRAT autorise les femmes sous anti-TNFa ou ustékinumab à allaiter leur enfant. En revanche, il déconseille l'allaitement maternel avec le sécukinumab. Pour les autres biothérapies, du fait de l'absence de données, l'allaitement doit être évité.



Urticaire

En ce qui concerne le risque malformatif, le CRAT indique que l'omalizumab n'a pas montré d'effet tératogène chez le singe et que les données publiées chez les femmes enceintes exposées au premier trimestre de grossesse sont nombreuses et rassurantes. Sur le plan foetal et néonatal, le passage

transplacentaire augmente progressivement après 14 SA. Les données chez les femmes enceintes exposées en deuxième partie de grossesse sont moins nombreuses, mais elles sont assez rassurantes. Pour le CRAT comme pour le Vidal, l'omalizumab peut être utilisé en cours de grossesse si nécessaire et l'allaitement maternel est également envisageable. Enfin, il est important de prévoir une consultation préconceptionnelle, d'aborder régulièrement le sujet avec les patientes concernées et surtout de signaler au CRAT les grossesses exposées. Si besoin, la conduite à tenir sera décidée au cas par cas en réunion de concertation pluridisciplinaire. w

D'après la communication d'Émilie Brenaut (CHRU de Brest), Flashes pour la pratique, JDP 2024.

* www.lecrat.fr ** www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922 ■



Dermatologie : au-delà de la peau – un événement pour comprendre, échanger et agir

Participez à “Dermatologie : au-delà de la peau” le 23 juin à Parisanté Campus. Un événement gratuit pour comprendre les maladies de peau.



Acné, eczéma, psoriasis... Ces maladies dermatologiques concernent des millions de personnes, souvent en silence. Pourtant, leur impact va bien au-delà de la peau : santé mentale, isolement, accès aux soins, qualité de vie. Pour la première fois, un événement grand public leur est entièrement dédié, le 23 juin 2025 à Parisanté Campus. Organisé par Doctissimo, Psychologies et Sciences & Vie , et animé par le Dr Gérald Kierzek , urgentiste et directeur médical de Doctissimo, cette journée vise à informer, prévenir et accompagner autour des pathologies dermatologiques. Patients, proches, professionnels et curieux sont attendus pour une journée riche en échanges et solutions concrètes Un programme pensé pour tous

Temps forts de la journée

Table ronde 1 : Déstigmatiser les maladies de peau

Parce que vivre avec une maladie de peau ne devrait pas être un tabou. Cette table ronde explore les liens entre peau et santé mentale , les impacts sociaux, et les leviers pour briser la stigmatisation.

Avec : Pr Laurent Misery (psychodermatologie), Céline Le Bivic (psychologue), Martine Carré (AF Vitiligo), Thibaut (patient), 12Février (influenceuse).

Table ronde 2 : Mieux accompagner les patients

Quelles solutions concrètes pour améliorer le parcours de soin ? Comment faire reconnaître les maladies de peau comme de vraies priorités de santé publique ? Des experts et des représentants associatifs y répondent.



Avec : Pr Saskia Oro (SFD), Dr Marc Reverte (FFFCEDV), Philippe Vigier (député), Stéphanie Merhand (France Eczéma).

Table ronde 3 : Les solutions de demain

La dermatologie innove : télé-expertise, intelligence artificielle, technologies de pointe... Cette table ronde valorise les nouvelles dynamiques déjà à l'œuvre au service des patients.

Avec : Dr Luc Sulimovic (SNDV), Jilliana Monnier (Vectra), Dr Tuan Duong, Marie-Claude Boiteux (Cutis Laxa), Audrey (@DermatoDrey).

Informations pratiques

Pourquoi venir ?

Parce que parler de sa peau, c'est aussi parler de son bien-être, de son quotidien, et de sa santé mentale. Cette journée est l'occasion de poser vos questions, d'apprendre, de rencontrer des experts... et de ne plus rester seul face à la maladie.

Rejoignez-nous le 23 juin à Parisanté Campus !

Partager sur :



Une dermatologue identifie un carcinome sur le bras d'un animateur lors d'une émission de télévision : comment reconnaître ce cancer de la peau ?

Une dermatologue, invitée pour faire de la prévention des cancers de la peau lors d'une émission, a découvert en direct un cancer de la peau chez un présentateur. Ces tumeurs fréquentes sont facilement reconnaissables et méritent notre attention. Voici comment les reconnaître. À lire en ce moment

Savez-vous à quoi ressemble un cancer de la peau ? Lors d'une émission diffusée en direct sur la chaîne d'information conservatrice états-unienne FOX29, un moment inattendu a marqué les téléspectateurs de l'émission Good Day Philadelphia. En pleine séquence dédiée à la prévention contre le cancer de la peau, le présentateur Mike Jerrick a appris qu'il était lui-même concerné. Invitée sur le plateau, la dermatologue Joanna Walker lui a repéré une lésion suspecte sur le bras droit de l'animateur. Après un rapide examen, elle n'a pas hésité à diagnostiquer un carcinome basocellulaire, la forme la plus courante mais heureusement la moins agressive de cancer de la peau. Voici comment la reconnaître.

Qu'est ce qu'un carcinome et comment le repérer ? Cet incident à l'antenne, bien qu'inattendu, offre une opportunité de sensibilisation. Les carcinomes cutanés sont les cancers les plus fréquents de la peau et concernent surtout les personnes âgées, après 50 ou 60 ans, comme l'explique la Société française de dermatologie. Ils se divisent en deux grands types : les carcinomes basocellulaires, les plus répandus, et les carcinomes épidermoïdes, plus rares mais plus agressifs. Le principal facteur de risque est l'exposition solaire répétée, notamment sans protection. La "bonne nouvelle", explique la Dre Joanna Walker sur un ton rassurant, c'est que ce cancer basocellulaire est un "type de cancer de la peau à croissance très lente" qui ne risque pas de se propager ailleurs sur le corps. "Mais il faut l'enlever pour qu'il ne continue pas à se développer et ne prenne pas le dessus sur la peau normale", a-t-elle conseillé à l'antenne.

Le carcinome basocellulaire est une tumeur maligne dont le risque de progression métastatique est très faible. Comme le précise le centre Léon Bernard à Lyon "cette tumeur se présente sur la peau sous la forme d'une plaque rose, d'un bouton perlé ; ou d'une plaque mal limitée cicatricielle".

Que faire en cas de suspicion d'un carcinome ? La société française de dermatologie indique que le diagnostic repose sur un examen dermatologique complété par une biopsie analysée au microscope. Le traitement de référence est chirurgical, avec des marges de sécurité pour éviter les récurrences. Les formes superficielles peuvent aussi être traitées par des crèmes ou la photothérapie dynamique, mais avec un risque plus élevé de récurrence. Une surveillance régulière et une bonne protection solaire sont notamment recommandées pour prévenir les récurrences ou l'apparition d'autres lésions. Comme le conseille la dermatologue Joanna Walker pendant l'émission, il est recommandé de prendre rendez-vous chez un professionnel de santé rapidement en cas de doute.

Sources :



TV host discovers he has skin cancer during live on-air broadcast - Fox29 - 4 juin 2025

Les carcinomes - dermato-info - Société française de dermatologie

Le diagnostic des cancers de la peau - Centre Léon Berard à Lyon



Une dermatologue identifie un carcinome sur le bras d'un animateur lors d'une émission de télévision : comment reconnaître ce cancer de la peau ?

Une dermatologue, invitée pour faire de la prévention des cancers de la peau lors d'une émission, a découvert en direct un cancer de la peau chez un présentateur. Ces tumeurs fréquentes sont facilement reconnaissables et méritent notre attention. Voici comment les reconnaître.



Savez-vous à quoi ressemble un cancer de la peau ? Lors d'une émission diffusée en direct sur la chaîne d'information conservatrice états-unienne FOX29, un moment inattendu a marqué les téléspectateurs de l'émission Good Day Philadelphia. En pleine séquence dédiée à la prévention contre le cancer de la peau, le présentateur Mike Jerrick a appris qu'il était lui-même concerné. Invitée sur le plateau, la dermatologue Joanna Walker lui a repéré une lésion suspecte sur le bras droit de l'animateur. Après un rapide examen, elle n'a pas hésité à diagnostiquer un carcinome basocellulaire, la forme la plus courante mais heureusement la moins agressive de cancer de la peau. Voici comment la reconnaître.

Cet incident à l'antenne, bien qu'inattendu, offre une opportunité de sensibilisation. Les carcinomes cutanés sont les cancers les plus fréquents de la peau et concernent surtout les personnes âgées, après 50 ou 60 ans, comme l'explique la Société française de dermatologie. Ils se divisent en deux grands types : les carcinomes basocellulaires, les plus répandus, et les carcinomes épidermoïdes, plus rares mais plus agressifs. Le principal facteur de risque est l'exposition solaire répétée, notamment sans protection. La "bonne nouvelle", explique la Dre Joanna Walker sur un ton rassurant, c'est que ce cancer basocellulaire est un "type de cancer de la peau à croissance très lente" qui ne risque pas de se propager ailleurs sur le corps. "Mais il faut l'enlever pour qu'il ne continue pas à se (...)



Peau sensible et rides ? Ce soin apaisant à 97 % naturel signé Dr Pierre Ricaud pourrait bien changer votre quotidien

Crème anti-rides peau sensible ? Voici le soin signé Dr.Pierre Ricaud qui apaise, lisse et hydrate en douceur, testé et validé par des femmes exigeantes.



En partenariat avec Dr. Pierre Ricaud Une crème anti-rides qui respecte les peaux sensibles, ça existe ? Oui. Dr.Pierre Ricaud a formulé un soin haute tolérance, et les résultats sont là ! Crème anti-rides multi-sensibilités : le soin que toutes les peaux attendaient

Les rides marquent le temps , mais pour les peaux sensibles, elles s'accompagnent trop souvent de tiraillements, rougeurs ou inconfort. Une double peine. Avec sa Crème Anti-Rides Multi-Sensibilités, Dr.Pierre Ricaud répond à ce besoin spécifique en combinant efficacité anti-âge et respect de la tolérance cutanée.

Pensée pour les peaux réactives, cette crème s'appuie sur 97 % d'ingrédients d'origine naturelle, une formule sans compromis qui hydrate, apaise et repulpe sans provoquer d'irritation Enrichie en vitamine B12 apaisante et en xylane de plantain bio, elle agit dès la première application pour atténuer les rougeurs et lisser les traits. Et surtout, elle a été testée et approuvée par des femmes à la peau exigeante.

Pourquoi les peaux sensibles ont besoin d'un soin anti-âge spécifique ?

Selon la Société Française de Dermatologie, 60 % des femmes déclarent avoir la peau sensible. Ce n'est pas un type de peau, mais un état réactif face aux agressions extérieures : le froid , les UV , la pollution mais aussi les émotions comme le stress ou les cosmétiques mal adaptés.

Résultat : sensations d'échauffements, tiraillements, rougeurs... Et un vieillissement cutané accéléré.

Ce phénomène a un nom : l'inflamm'aging. En clair, une inflammation chronique de faible intensité qui favorise la dégradation du collagène et de l'élastine, accélérant l'apparition des rides. La solution



? Un soin capable de calmer les inflammations pour rendre la peau plus réceptive aux actifs anti-âge.

C'est exactement le pari relevé par les laboratoires Dr.Pierre Ricaud. Comme l'explique Virginie Fera, directrice innovation : " Avant de s'attaquer aux rides, il faut éteindre le feu de la peau".

Une efficacité prouvée et une sensorialité au rendez-vous

des femmes disent que leur peau est apaisée dès l'application. constatent une réduction des sensibilités cutanées en une semaine. Ces chiffres parlent d'eux-mêmes. Et côté usage ? Les témoignages des utilisatrices confirment les promesses du laboratoire :

Je suis convaincue, en une semaine d'utilisation les effets positifs sont visibles sur ma peau. Elle est plus belle et plus lumineuse. Je suis ravie" – Elodi511

J'aime son packaging en verre. Sa texture onctueuse rosâtre est très agréable et son odeur florale est douce et fraîche" – Sophie62910

Un excellent soin qui allie confort et efficacité. Je le recommande sans hésitation à celles et ceux qui cherchent une crème anti-rides douce et performante !" – Celtics70

Cette crème anti-âge a été une excellente surprise pour ma peau sensible. Elle pénètre rapidement sans laisser la peau collante et grasse. Le côté apaisant est immédiat tout en atténuant efficacement mes rides et ridules" – Morariu

La texture est tellement légère et agréable. J'ai adoré ce produit" – Nou_rheen

Cette crème s'applique matin et soir sur peau propre. Sa texture légère fond sur la peau sans effet gras, et son parfum floral musqué apporte une sensation de confort immédiat. Un soin pensé pour que chaque application soit un moment de plaisir, pas une contrainte.

Sources

Partager sur :



L'IA et l'humain plus performants ensemble que séparément

Plusieurs chercheurs se sont intéressés à l'apport de l'intelligence artificielle dans le domaine de la dermatologie, et ont comparé les facultés des médecins à celles de l'IA.

Dans une étude de 2019, un groupe de chercheurs (Brinkeret al.) a voulu montrer que la classification automatisée des images du mélanome dermoscopique était supérieure à celle des dermatologues. Dans la classification des lésions, ces derniers ont obtenu 67, 2 % de vrais positifs, et 62, 2 % de vrais négatifs. De son côté, l'intelligence artificielle (basée en médecine sur des réseaux neuronaux évolutifs, ou CNN) entraînée, a pu reconnaître 82, 3 % de vrais positifs, et 77, 9 % de vrais négatifs. En 2020, une étude menée sur internet portait sur l'impact de l'intelligence artificielle sur la précision des dermatologues dans la classification des images de mélanomes dermoscopiques. Alors que les vrais négatifs restent pratiquement inchangés (70 % contre 72 %), l'écart est plus significatif pour ce qui concerne les vrais positifs, qui passent de 59, 4 % à 74, 6 %, avec le soutien de l'IA. Ainsi en 2024, une étude portée par Stanford Medicine montre que les performances de l'IA combinées aux facultés des médecins améliorent nettement les diagnostics prononcés. Selon ces chercheurs, l'IA augmente

la sensibilité (vrais positifs) des médecins, qui passe de 75 % à 81, 1 % et la spécificité (vrais négatifs), de 81, 5 % à 86, 1 %. L'écart est d'autant plus prégnant que les médecins ne sont pas spécialistes.

L'IA va vite. En 2022, le centre de dépistage automatisé du mélanome de Marseille était inauguré à l'hôpital Conception. Il repose sur un dispositif de cartographie en trois dimensions, à 300. 000 euros, couplé à l'intelligence artificielle, pour optimiser à la fois le dépistage précoce et la prise en charge des tumeurs de la peau.

Face à cette évolution rapide, la société française de dermatologie s'est mobilisée, depuis 2022, « pour encadrer le champ d'application de l'intelligence artificielle en dermatologie », afin qu'elle soit « un atout » qui améliore « la fiabilité du diagnostic dermatologique et facilite l'accès » des citoyens à cette expertise. ■



Santé. Mélanome et carcinome : huit bons réflexes pour prévenir un second cancer cutané

Après un cancer de la peau, le risque de développer une nouvelle tumeur cutanée est bien réel. La Société française de dermatologie entend sensibiliser les patients concernés pour que les bonnes pratiques – protection solaire, suivi dermatologique, dépistage – deviennent des réflexes durables.

01 / 02

02 / 02

Un cancer de la peau augmente le risque d'en développer un second. Pour rappel, le mélanome prend naissance dans les cellules de la peau appelées mélanocytes. Elles fabriquent la mélanine, ce pigment colorant la peau. Il est le cancer de la peau le plus rare (10 % des cancers cutanés) mais aussi le plus grave.

Pour sa part, le carcinome basocellulaire ne se développe que localement et ne donne pas de métastases. Le carcinome épidermoïde est quant à lui beaucoup plus rare et peut être à l'origine de métastases. Il doit être traité rapidement.

Pour les personnes qui ont été diagnostiquées et traitées pour l'un de ces cancers, le risque d'un second cancer cutané est élevé.

« Le risque de survenue d'un nouveau carcinome ou d'un nouveau mélanome est significativement accru chez les patients ayant déjà eu un antécédent de cancer cutané, ce qui justifie une surveillance dermatologique rigoureuse et une photoprotection renforcée », alerte le Pr Ève Maubec, dermatologue à l'hôpital Avicenne (Bobigny), experte des cancers cutanés et membre de la Société française de dermatologie.

Ainsi, selon les chiffres avancés par la SFD, 8 % des patients ayant eu en mélanome en développeront un second. Le risque de carcinome est également accru. Aussi apparaît-il essentiel que les patients concernés soient sensibilisés aux recommandations et les suivent.

Des protections solaires efficaces

Le rayonnement ultraviolet est le premier facteur de risque de cancers de la peau. Et l'incidence de celui-ci a considérablement augmenté en même temps que l'exposition au soleil "de loisir" s'est popularisée.

Une étude australienne portant sur 1 383 patients dont environ un quart avait déjà eu un cancer cutané a « montré que l'application quotidienne d'un produit de protection solaire permettait de réduire de 39 % le risque de survenue de nouveau carcinome épidermoïde cutané mais ne permettait pas de réduire le risque de survenue de nouveau carcinome basocellulaire ».



Toutefois, le temps d'apparition du second carcinome basocellulaire tendait à être plus long lorsque la crème solaire était quotidiennement appliquée.

Si diverses études montrent que les personnes qui ont eu un carcinome changent leurs habitudes par rapport au soleil, cela reste insuffisant. Une étude française indique que 96 % des patients ayant eu un cancer de la peau étaient conscients du risque de cancer cutané lié au soleil.

Pourtant, « seulement 59 % limitaient leur exposition solaire pendant les heures les plus chaudes, 45 % portaient un chapeau, 28 % portaient des vêtements couvrants, et seulement 35% utilisaient régulièrement un produit de protection solaire à indice élevé », précise la SFD.

Ces bonnes pratiques qui devraient être des réflexes pour les patients :

respecter le calendrier de surveillance dermatologique : un suivi doit être proposé au moins une fois par an ou adapté à chaque situation par le dermatologue ;

pratiquer l'auto-dépistage cutané : il s'agit d'un examen de la peau à la recherche d'éventuelles lésions. Les personnes qui pratiquent cet auto-dépistage se voient détecter les tumeurs à un stade plus précoce. « Les miroirs, les photographies corporelles ou l'aide d'un proche peuvent s'avérer utiles, notamment pour les zones difficiles d'accès comme le cuir chevelu ou le dos », conseille la SFD ;

le moyen mnémotechnique ABCDE est une aide visuelle utile en cas de taches suspectes : Asymétrie, Bords irréguliers, Couleur, Diamètre, Evolution ;

le signe du « vilain petit canard » : cette stratégie de reconnaissance est basée sur le fait que les grains se ressemblent tous chez une même personne et que si l'un est différent des autres, une consultation est nécessaire ;

limiter son exposition au soleil (notamment quand l'indice UV est supérieur ou égal à 3) et éviter les cabines de bronzage artificiel ;

porter des vêtements couvrants et des lunettes de soleil ;

appliquer un produit solaire résistant à l'eau, avec une protection élevée (SPD 50), à appliquer à chaque exposition au soleil et à renouveler toutes les 2 heures ;

se renseigner sur les médicaments que l'on prend : sont-ils photosensibilisants ? Si oui, il est nécessaire de redoubler de vigilance.

La Société française de dermatologie appelle à renforcer les messages de prévention auprès des populations à risque et à intégrer systématiquement la prévention secondaire dans les parcours de soins.

MÉDECINE DERMATO

NOTRE EXPERT



Dr PHILIPPE ASSOULY
dermatologue et vénéréologue au centre Sabouraud (hôpital Saint-Louis, AP-HP) à Paris, et membre de la Société française de dermatologie (SFD).



CHUTE DE CHEVEUX ON DIT STOP !

PREDISPOSITION GÉNÉTIQUE, ACCOUCHEMENT, CONTRACEPTION INADAPTÉE, MÉNOPAUSE... DE NOMBREUSES CIRCONSTANCES ET MALADIES PEUVENT FRAGILISER LA CHEVELURE DES FEMMES. VOICI LES PRINCIPALES CAUSES DE LA PERTE CAPILLAIRE ET LES MOYENS DE LA TRAITER.

PAR HÉLIA HAKIMI-PRÉVOT

Entre 100 000 et 150 000 : c'est la quantité de cheveux qui ornent, en moyenne, notre tête ! S'ils prennent naissance dans la peau (le cuir chevelu), ils finissent toujours par tomber. « Les cycles de pousse et de chute – qui durent entre 5 et 7 ans – se succèdent. Mais ils peuvent être perturbés et une perte anormale peut survenir pour diverses raisons », souligne le Dr Philippe Assouly, dermatologue et vénéréologue au centre Sabouraud (hôpital Saint-Louis, AP-HP) spécialisé dans les pathologies du cuir chevelu et des cheveux. À partir de quand faut-il s'en préoccuper ? « La chute de cheveux peut être considérée comme anormale quand on en perd

plus de 100 par jour ou quand une zone du cuir chevelu est particulièrement concernée », précise le Dr Assouly. S'il est impossible de comptabiliser la perte capillaire, deux signes doivent nous alarmer. Le fait d'observer, depuis plus de 3 mois, une quantité plus importante de cheveux laissés sur la brosse. Ou de constater une perte de volume, avec des cheveux qui semblent plus fins sur le sommet du crâne. Ces situations doivent nous amener à consulter un médecin traitant ou un dermatologue. Quoi qu'il en soit, la perte de cheveux n'est plus une fatalité. Des traitements adaptés à chaque cause permettent de la prendre en charge de façon optimale.



LE SAVIEZ-VOUS ?

Le fait de tirer les cheveux en effectuant certaines coiffures (tresses, queues de cheval et chignons) risque, à terme, de les faire tomber. En arrêtant ces coiffures, les cheveux repoussent en quelques mois. Mais si la traction perdure, la perte peut devenir définitive. Un traitement par minoxidil peut aider à stimuler la repousse.

♦ **L'ALOPÉCIE ANDROGÉNÉTIQUE**

C'est la cause la plus courante de perte de cheveux chronique. Liée à des facteurs génétiques et hormonaux, elle peut survenir à tout âge. De fait, les hormones sexuelles masculines (androgènes) – présentes chez toutes les femmes, en faible quantité – sont parfois sécrétées de façon excessive ou sont plus actives localement (au niveau du cuir chevelu) : c'est ce que l'on appelle l'hyperandrogénie. Sous l'action de ces hormones, la phase de croissance des cheveux se réduit et celle de chute s'allonge. L'alopecie androgénétique peut également survenir ou s'aggraver avec la prise ou l'arrêt de certains contraceptifs oraux ou lors de la ménopause avec la chute des œstrogènes. Enfin, d'autres maladies hormonales engendrant une production excessive d'androgènes – telles que le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) – peuvent favoriser une alopecie androgénétique.

QUELS TRAITEMENTS ? « Il faut s'attaquer aux facteurs de l'alopecie, en corrigeant le dérèglement hormonal en question. Dans certains cas, nous devons modifier la contraception ; mettre en place un traitement hormonal substitutif de la ménopause pour compenser la baisse des œstrogènes ou prescrire des médicaments (comme la spironolactone) qui bloquent l'action des androgènes », note notre expert. En complément des traitements hormonaux, nous prescrivons souvent le minoxidil : ce médicament sous forme de lotion s'applique sur le cuir chevelu. Les résultats sont visibles après quelques mois d'utilisation quotidienne. Le minoxidil doit être utilisé au long cours : en cas d'arrêt, les cheveux tombent à nouveau.

♦ **L'EFFLUVIUM TÉLOGÈNE**

Il s'agit d'une perte de cheveux temporaire liée à un dérèglement du cycle pileux. Ce dernier comporte trois temps : la phase de croissance ; celle dite de transition (le cheveu cesse de croître) et celle de repos (il ne pousse plus). En cas d'effluvium télogène, un grand nombre de cheveux se mettent en phase de repos. C'est ce qui provoque leur chute. L'effluvium



Avant une greffe, le médecin examine le cuir chevelu pour déterminer le degré de perte de cheveux.

télogène peut être déclenché par divers facteurs : accouchement, arrêt de pilule, épisode de fièvre (Covid-19, grippe...), problème de thyroïde, carence : fer, vitamine B12, B9... Enfin, certains médicaments peuvent déclencher un effluvium : chimiothérapie, traitements hormonaux, antiépileptiques...

QUELS TRAITEMENTS ? « L'effluvium télogène est passager et réversible. Mais il faut en déterminer la cause. Et dans certains cas, la traiter pour que le processus cesse », assure le Dr Assouly.

Après l'accouchement, avec la chute des œstrogènes, il est normal de perdre ses cheveux (pendant 3 à 4 mois, en moyenne). « Mais si la chute capillaire se pérennise, le médecin doit vérifier, par le biais d'une prise de sang, que la femme ne souffre pas de carence en fer, en hémoglobine (protéine présente dans les globules rouges) ou en acide folique (vitamine B9) responsables d'une anémie », indique le spécialiste.

♦ **LA PELADE**

La pelade est une maladie inflammatoire qui provoque une chute de cheveux par plaques (de 2 à 5 cm de diamètre, en moyenne). Elle est causée par un dysfonctionnement du système immunitaire. Ce mécanisme de défense du corps se met alors à attaquer les follicules pileux : ces petites cavités du cuir chevelu où poussent les cheveux.

QUELS TRAITEMENTS ? Dans la plupart des cas, les plaques sont peu étendues et la repousse apparaît spontanément ou avec une lotion à base de corticoïdes. « D'autres traitements (corticoïdes par voie orale ou en injection dans le cuir chevelu, minoxidil) peuvent être envisagés si les plaques sont rebelles ou si la pelade est très étendue. Dans certains cas, nous prescrivons des médicaments (appelés inhibiteurs de JAK) qui bloquent l'inflammation impliquée dans la pelade. D'autres maladies auto-immunes (tels que le lupus ou le lichen plan) peuvent être en cause dans l'apparition de plaques sans cheveux : elles nécessitent un avis spécialisé et un traitement spécifique », assure le Dr Assouly. ■

Dans quels cas opter pour la greffe de cheveux ?

Quand les cheveux ne repoussent plus, une greffe de cheveux peut être envisagée chez un dermatologue ou un chirurgien esthétique. Lors de cette intervention chirurgicale, les follicules pileux extraits de la zone donneuse sont implantés dans les parties

dégradées. « La zone donneuse doit posséder suffisamment de cheveux (et donc, des follicules pileux) de bonne qualité. Attention : le médecin ne doit jamais proposer une greffe de cheveux d'emblée, sans bilan ni diagnostic préalable », prévient le Dr Assouly.

SAVOIR

la patho

L'acné

L'acné est une pathologie inflammatoire du follicule pilosébacé évoluant généralement par poussées durant plusieurs années. Après un traitement d'attaque dépendant de la sévérité de l'atteinte, la prise en charge au long cours repose sur la régularité des soins et les conseils dermocosmétiques.

La maladie

Physiopathologie

Rappels

Les glandes sébacées sont annexées aux poils (sauf, par exemple, au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds), formant les follicules pilosébacés. Elles sécrètent le sébum, substance lipidique qui compose le film hydrolipidique cutané, conférant protection et confort à la peau et participant à l'équilibre du microbiote cutané. Déversé dans le canal excréteur de la glande, le sébum s'écoule dans le canal pileux qui débouche au niveau de l'épiderme à la base du poil.

Les glandes sébacées sont particulièrement nombreuses au niveau du cuir chevelu et de la zone médiofaciale du visage, appelée zone « T » (front, nez, menton), mais aussi au niveau des épaules, du haut du dos et du thorax. Elles comportent des récepteurs aux androgènes, sensibles à la dihydrotestostérone. Elle-même peut être produite par les glandes sébacées à partir de la testostérone libre circulant grâce à une enzyme, la 5- α -réductase de type I, très présente dans les glandes sébacées du visage et du cuir chevelu.

Hyperséborrhée

L'hyperséborrhée est la condition première à la survenue des lésions d'acné. Physiologique à l'adolescence, elle résulte d'une augmentation du taux d'androgènes circulant ou d'une sensibilité accrue des récepteurs androgéniques.

Formation des lésions

Une hyperkératinisation liée à des anomalies de la prolifération et de la différenciation des kératinocytes obstrue le canal pileux. Le sébum sécrété en excès ne peut plus être évacué, ce qui induit une dilatation du follicule et la formation de lésions rétentionnelles, appelées comédons.

Ces lésions rétentionnelles favorisent la prolifération d'une bactérie du microbiote cutané, *Cutibacterium acnes* (anciennement appelée *Propionibacterium acnes*), ce qui conduit à une réaction inflammatoire favorisant la destruction de la paroi du follicule, la diffusion de l'inflammation et l'apparition des lésions inflammatoires d'acné, plus ou moins profondes (papules, pustules, nodules, voir *Signes cliniques*).

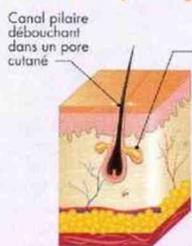
Facteurs favorisants

■ **Génétique et hormones.** Il existe une plus grande fréquence et sévérité de l'acné en cas d'antécédents familiaux et une plus grande sévérité des lésions en période prémenstruelle chez la femme ou parfois au cours de la grossesse (même si les œstrogènes semblent exercer un rôle plutôt « protecteur »).

■ **Autres.** Le rôle de l'alimentation est débattu : certaines études observationnelles rapportent un lien entre la consommation d'aliments à haut indice glycémique ou la consommation de lait (notamment écrémé) et l'acné, mais le niveau de preuve est trop faible pour donner lieu à des restrictions nutritionnelles de produits laitiers, a fortiori chez des adolescents. □

L'acné

1 L'acné est une pathologie inflammatoire du follicule pilosébacé.



Repères

- > Les glandes sébacées annexées aux poils sécrètent le sébum qui s'écoule dans le canal pileaire jusqu'à l'épiderme.
- > Elles sont nombreuses dans la zone « T » du visage (front, nez, menton), au niveau des épaules, du dos et du thorax.
- > Leur fonctionnement est lié aux hormones androgéniques.

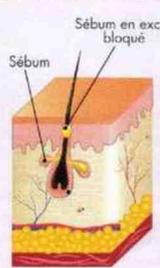
En chiffres

L'acné touche :

- plus de 3 adolescents sur 4 ;
- 25 % des adultes avec une prédominance féminine.

Sources : HAS, dermato-info.fr.

2 Les lésions sont liées à une hyperséborrhée et une hyperkératinisation qui obstruent le canal pileaire.



Le sébum est sécrété en excès (hyperséborrhée) sous influence androgénique. Une hyperkératinisation est à l'origine d'une obstruction du canal pileaire et bloque l'évacuation du sébum.



Le follicule se dilate entraînant la formation de lésions rétentionnelles ou comédons.



Les lésions rétentionnelles favorisent la prolifération bactérienne entraînant :

- > une réaction inflammatoire et une destruction de la paroi du follicule ;
- > des lésions inflammatoires (papules, nodules, pustules, etc.).

Facteurs favorisants

- Génétiques
- Hormonaux
- Certains cosmétiques comédogènes et médicaments.

3 L'acné mixte juvénile est la forme la plus fréquente.

De degré de sévérité variable, elle se caractérise par la coexistence de lésions rétentionnelles et inflammatoires.

Lésions rétentionnelles



Point noir
Comédon ouvert lié à l'accumulation des kératinocytes oxydés.



Point blanc
Comédon fermé, accumulation de sébum, bombement local de 2 à 3 mm.

Lésions inflammatoires



Papule
La papule est un bouton rouge en relief, de 1 à 5 mm, qui peut se résorber ou évoluer vers la pustule contenant du pus.



Pustule



Nodule
Le nodule, lésion profonde, est un bouton douloureux, de plus de 5 à 10 mm, pouvant se rompre ou évoluer vers un abcès.



Abscès

4 L'acné régresse généralement spontanément mais peut entraîner des complications.

- > Altération de la qualité de vie, répercussions psychologiques.
- > Cicatrices parfois irréversibles.

© Conception: Anne-Castille Hoirier - Réalisation: Farida Marouf/Stock

porphyre | Juin 2025 | 623 | www.porphyre.fr

la patho



Info+

> Bien que couramment appelée hormone mâle, la testostérone est aussi présente chez les femmes. Cette hormone est produite dans la population féminine directement par les ovaires et les glandes surrénales, mais aussi via la conversion de précurseurs hormonaux. Lors de la puberté, la production de testostérone augmente chez les filles comme chez les garçons.

> Des huiles industrielles minérales ou de synthèse peuvent être à l'origine de poussées acnéiformes (relevant de maladies professionnelles) disparaissant en plusieurs semaines après suppression du contact.

> L'acné fulminans (ou fulminante) est une évolution exceptionnelle d'acné atteignant les hommes, caractérisée par une éruption brutale de nodules pouvant s'ulcérer et souvent accompagnée de fièvre (> 39 °C) et d'arthralgies. Elle nécessite un traitement spécifique par corticothérapie générale.

porphyre | juin 2025 | 623 | www.porphyre.fr

30

■ Des cosmétiques comédogènes sont parfois en cause : cire d'abeille, beurre de cacao, lanoline, voire huiles végétales, esters gras, etc. Quelques études suggèrent le rôle des whey protéines (protéines de lactosérum utilisées pour augmenter la masse musculaire) dans l'apparition de l'acné.

■ **Origine iatrogène.** Différents médicaments exposent à une acné ou l'aggravent : androgènes, corticoïdes, lithium, phénytoïne, certains immunosuppresseurs (tels que le tacrolimus), des antitumoraux (afatinib, lapatinib, dasatinib, etc.). Des progestatifs de 1^{re} ou 2^e génération (noréthistérone, lévonorgestrel), plus androgéniques que les progestatifs de 3^e ou 4^e génération, peuvent également être en cause.

Signes cliniques

L'hyperséborrhée se manifeste par un aspect de peau grasse, brillante avec des pores dilatés, notamment au niveau de la zone médiofaciale puis sur les joues, parfois les épaules et le tronc.

Rapidement apparaissent des lésions rétentionnelles qui sont de deux types :

- comédons ouverts ou « points noirs » liés à l'accumulation des kératinoocytes qui s'oxydent ;

- comédons fermés ou « points blancs » ou microkystes liés à l'accumulation de sébum qui entraînent un bombement localisé de 2 à 3 mm de la peau.

Les lésions inflammatoires liées à la prolifération bactérienne peuvent être superficielles ou profondes. Les lésions superficielles, parfois douloureuses, sont des papules (boutons rouges en relief de 1 à 5 mm) pouvant se résorber ou évoluer vers des pustules (bouton contenant du pus). Les lésions profondes correspondent à des nodules (formant un bouton douloureux de plus de 5 à 10 mm de diamètre), pouvant se rompre ou évoluer vers un abcès.

Les différentes formes d'acné

L'acné polymorphe (ou mixte) juvénile est la forme la plus fréquente avec, le plus souvent, la coexistence de lésions rétentionnelles et inflammatoires.

L'acné de l'adulte, plus fréquente chez la femme, est souvent le prolongement d'une acné juvénile ou, plus rarement, une acné

d'installation tardive après 25 ans. Il s'agit généralement d'une forme légère à modérée, prédominant au niveau du menton et de la mandibule, avec une aggravation prémenstruelle. Une acné sévère, résistante au traitement fait suspecter une endocrinopathie (voir Diagnostic).

L'acné néonatale apparaît les premières semaines de vie du nourrisson, due aux changements hormonaux post-accouchement, et régresse spontanément en quelques semaines.

Diagnostic

Le diagnostic est essentiellement clinique. L'échelle GEA (Global Acne Evaluation) permet de graduer la sévérité de l'acné et guide la prise en charge (voir tableau ci-contre).

Chez l'adulte, une acné d'apparition récente fait rechercher l'usage d'un cosmétique inadapté ou une origine iatrogène : l'acné étant généralement réversible à l'arrêt du traitement. Une endocrinopathie est suspectée chez la femme devant une acné grave et résistante au traitement ou associée à des signes d'hyperandrogénie (hirsutisme, dysménorrhée, etc.) ; des explorations hormonales sont alors réalisées. La cause la plus fréquente est le syndrome des ovaires polykystiques.

Évolution et complications

L'acné est le plus souvent une affection bénigne qui régresse spontanément vers 20 ans ou parfois un peu plus tard. Néanmoins, quelle que soit sa sévérité, elle peut fortement affecter la qualité de vie avec des répercussions psychologiques conséquentes : troubles de l'humeur, altération de l'image de soi, difficultés relationnelles, dépression, etc.

Les cicatrices sont l'une des complications les plus redoutées. Elles sont favorisées par une prise en charge tardive ou par la manipulation des comédons ou des boutons. Les peaux « foncées » sont également plus à risque.

Par ailleurs, plus l'inflammation est sévère et profonde, plus le risque de cicatrices irréversibles augmente. Elles peuvent être en creux (atrophiques) ou en relief (hypertrophiques ou chéloïdes) correspondant alors à des modifications fibreuses de la peau.

Degré de sévérité de l'acné et prise en charge		
Degré de sévérité	Manifestations sur le visage	Prise en charge de 1 ^{re} intention
Grade 0 Pas de lésion	± pigmentation résiduelle, rougeurs.	/
Grade 1 Pratiquement pas de lésion	Rares comédons (points noirs ou blancs) et boutons non purulents (papules).	Traitement local (principalement peroxyde de benzoyle et/ou rétinoïdes).
Grade 2 Acné légère	Moins de la moitié du visage atteint : quelques comédons et boutons (papules, pustules).	
Grade 3 Acné moyenne	Plus de la moitié du visage atteint : nombreuses papules, pustules, comédons, ± un bouton de plus grande taille ancré sous la peau (nodule).	Selon sévérité ou impact psychologique : traitement local OU traitement local associé à une antibiothérapie orale OU Isotrétinoïne.
Grade 4 Acné sévère	Tout le visage atteint : nombreuses papules, pustules comédons, + rares boutons de grande taille (nodules).	
Grade 5 Acné très sévère (acné conglobata)	Acné très inflammatoire recouvrant le visage avec des nodules.	Isotrétinoïne.

Sources : Décret « Acné : quand et comment la traiter », Haute Autorité de santé, Société française de dermatologie, 2015.

Son traitement

Objectifs

Un traitement d'attaque vise à obtenir une réduction ou une disparition des lésions, à prévenir la survenue de lésions cicatricielles et le retentissement psychosocial. Un traitement d'entretien permet d'éviter les rechutes.

Stratégie thérapeutique

Généralités

Le délai de guérison de l'acné étant imprévisible, il est important d'informer le patient que les traitements n'ont qu'un caractère suspensif : ils en atténuent les symptômes mais à leur arrêt, des récurrences sont fréquentes, d'où la nécessité d'un traitement d'entretien.

Le choix des traitements est conditionné par la sévérité de l'acné. Les résultats ne sont souvent perçus qu'après plusieurs jours ou semaines, et sont conditionnés par la régularité des prises ou applications. Ils sont généralement évalués au bout de 3 mois.

■ **Traitement locaux.** Il est conseillé de les appliquer le soir au coucher, un jour sur 2, voire un jour sur 3, avant d'augmenter

progressivement les fréquences d'application, au risque d'irritations à l'origine de découragements et de pertes d'observance.

■ **Antibiothérapie.** L'antibiothérapie orale est prescrite pour une durée de 3 mois maximum pour limiter la survenue de résistances bactériennes. Pour la même raison, les antibiotiques locaux, en pratique très peu utilisés, sont toujours associés à un autre traitement local. Leur association à une antibiothérapie orale n'est pas recommandée.

■ **Dermocosmétiques.** Ils optimisent l'efficacité des traitements ou en diminuent les effets indésirables (voir *Conseils*).

Choix du traitement

■ **Dans les formes légères (grade 1 ou 2).** Le traitement est local : rétinoïdes locaux (adapalène, trétinoïne, etc.) dans les formes rétentionnelles, peroxyde de benzoyle dans les formes inflammatoires ou association des deux molécules dont l'efficacité est supérieure à chacun des produits seuls. Les crèmes combinant les deux molécules facilitent l'observance.

En cas d'échec, il est proposé :

- de majorer les posologies en fonction de la tolérance;



Info+

> L'érythromycine est moins efficace que les cyclines dans l'acné et associée à un taux de résistance bactérienne important.

> À l'arrêt du traitement par isotrétinoïne, la rémission se poursuit jusqu'à 8 semaines.

Une deuxième cure peut être envisagée si besoin après ce délai, sachant, qu'au-delà d'une dose totale cumulée de 120 à 150 mg/kg, il n'y a pas de bénéfice supplémentaire attendu.

la patho



En savoir +

> **Société française de dermatologie.** Le site www.dermato-info.fr de la société savante permet d'accéder aux recommandations de 2015 sur la prise en charge de l'acné et à un outil d'aide à la décision thérapeutique et au conseil des patients.

■ de changer de molécules en utilisant une antibiothérapie locale à la place du peroxyde de benzoyle, bien que celle-ci ait une efficacité limitée, ou l'acide azélaïque (non remboursé) en alternative au rétinol ;

- d'associer une antibiothérapie orale (doxycycline ou lymécycline ou, en cas de contre-indication, érythromycine) à un traitement local (peroxyde de benzoyle et rétinoïdes).

Le zinc, d'efficacité modérée, peut constituer une alternative à l'antibiothérapie orale. Il est le seul traitement ne présentant pas de risque d'effet photosensibilisant ou irritant en cas d'exposition solaire.

■ **Dans les formes moyennes ou sévères (grade 3 ou 4).** En fonction du retentissement sur la qualité de vie, il peut être proposé un traitement local (rétinoïde et peroxyde de benzoyle) ou une antibiothérapie orale.

En cas d'échec ou dans les formes plus sévères, l'isotrétinoïne orale est indiquée : au moins 0,5 mg/kg/j en attaque, jusqu'à une dose cumulée sur la totalité de la durée du traitement comprise entre 120 et 150 mg/kg (une cure de 16 à 24 semaines suffit habituellement à atteindre la rémission).

■ **Dans les formes très sévères.** L'isotrétinoïne est recommandée. En cas de composante réticulaire importante, la molécule peut être débutée à dose plus faible (0,2 à 0,3 mg/kg/j), afin de réduire les risques d'exacerbation d'acné possibles en début de traitement.

■ **Traitement d'entretien.** En relais du traitement d'attaque, il repose sur l'adapalène (ou la trétinoïne) par voie topique ou une association adapalène et peroxyde de benzoyle aussi longtemps que nécessaire.

■ **Contraception hormonale.** Il n'est pas recommandé de prescrire une contraception uniquement dans l'objectif de traiter une acné. Si une contraception est souhaitée, un estroprogestatif renfermant du lévonorgestrel (progestatif de 2^e génération) est

recommandé en 1^{re} intention. En alternative, certaines pilules renfermant un progestatif à action antiandrogénique ont une indication dans l'acné : l'association éthinyloestradiol/norgestimate (Triafemil et génériques, non remboursés) ne semble par ailleurs pas associée à un surrisque d'événement thromboembolique veineux (ETV) par rapport au lévonorgestrel ; l'association éthinyloestradiol/diénoGEST (Misollâ, Oedien) expose à un léger surrisque d'ETV (x 1,6).

> **À noter :** l'association acétate de cyprotérone/éthinyloestradiol (Diane 35 et génériques) est spécifiquement indiquée dans l'acné modérée à sévère. Elle n'a pas d'indication en contraception (bien qu'ayant un effet contraceptif) et est contre-indiquée en cas de méningiome ou d'antécédent de méningiome. Elle présente également un léger surrisque d'ETV.

Médicaments

Traitements locaux

> **Rétinoïdes**

■ **Molécules :** adapalène, trétinoïne, isotrétinoïne, trifarotène.

■ **Mode d'action :** kératolytique, comédolytique.

■ **Effets indésirables :** sécheresse cutanée, irritations, rougeurs, desquamation, sensations de brûlure, voire brûlure à type de coup de soleil. Effets indésirables pouvant être majorés par l'exposition au soleil ou aux lampes UV (ultra-violet).

> **Peroxyde de benzoyle**

■ **Mode d'action :** légèrement kératolytique, antioxydant ayant une action sur *C. acnes* et sébostatique.

■ **Effets indésirables :** sécheresse cutanée, érythème, desquamation, sensations de brûlure, réactions de photosensibilité. La molécule peut décolorer ou blanchir les cheveux ou les tissus.

> **Antibiotiques**

■ **Molécules :** clindamycine, érythromycine.

■ **Mode d'action :** anti-infectieux (action bactériostatique) de la famille des macrolides (érythromycine) ou apparentés (clindamycine) s'opposant à la colonisation bactérienne (dont *C. acnes*) du follicule pilosébacé.

■ **Effets indésirables :** sécheresse cutanée, érythème, irritations, prurit.

> **Acide azélaïque**

■ **Mode d'action :** kératolytique et bactériostatique.

■ **Effets indésirables :** sensations de brûlure, prurit, sécheresse, érythème.

► PRINCIPALES CONTRE-INDICATIONS

- > **Rétinoïdes locaux :** grossesse.
- > **Cyclines :** enfant de moins de 8 ans et femmes enceintes aux 2^e et 3^e trimestres (risque pour l'enfant de coloration permanente des dents ou d'hypoplasie de l'émail).
- > **Isotrétinoïne :** grossesse et femme en âge de procréer ne remplissant pas les conditions du « Programme de prévention de la grossesse », insuffisance hépatique, hyperlipidémie, hypervitaminose A, allaitement.

► Check-list des éléments à contrôler pour la délivrance d'isotrétinoïne per os chez les femmes

Ordonnance

- Prescripteur : dermatologue si ordonnance initiale, tout médecin ensuite (+ ordo initiale rédigée par un spécialiste).
- Date de la prescription : au maximum dans les 7 jours précédant la dispensation.
- Durée de la prescription : 1 mois.

Formulaire d'accord de soins

- Signé.

Carnet-patiente

- Contraception utilisée : renseigné.
- Résultat du test de grossesse : négatif et réalisé au maximum 3 jours avant la prescription (soit au maximum dans les 10 jours précédant la dispensation).



Antibiothérapie orale

> Cyclines

- **Molécules** : doxycycline, lymécycline.
- **Mode d'action** : inhibition de la synthèse des protéines bactériennes.
- **Effets indésirables** : troubles digestifs (nausées, douleurs abdominales, diarrhées), céphalées, réactions de photosensibilité, irritations, voire ulcérations œsophagiennes nécessitant de respecter les modalités de prise (voir *Gérer les effets indésirables*). Des hypertension intracrâniennes sont rapportées et sont à soupçonner devant des céphalées, des vomissements, une vision floue.

> Érythromycine

- **Mode d'action** : inhibition de la synthèse des protéines bactériennes.
- **Effets indésirables** : troubles digestifs (nausées, vomissements, gastralgies), risque d'allongement de l'intervalle QT pouvant être à l'origine d'arythmies et de torsades de pointe. Inhibiteur du cytochrome P450 3A4, il peut être à l'origine de nombreuses interactions médicamenteuses.

Isotrétinoïne orale

- **Mode d'action** : suppression de l'activité des glandes sébacées avec réduction de la production de sébum, substrat pour la croissance de *C. acnes*, et action anti-inflammatoire.

- **Effets indésirables** : les plus fréquents sont une sécheresse de la peau et des muqueuses (labiale, nasale – avec un risque d'épistaxis –, oculaire) réversible avec la diminution ou l'arrêt du traitement, des arthralgies et myalgies, des céphalées, des élévations des triglycérides, du cholestérol total, de la glycémie, des enzymes hépatiques et une diminution du HDL (*High Density Lipoprotein* ou lipoprotéine de haute densité en français). Plus rares, sont rapportés des troubles psychiatriques (anxiété, changements d'humeur, dépression, voire idées suicidaires) nécessitant notamment la vigilance de l'entourage, des cas d'hypertension intracrânienne bénigne, des hépatites, des troubles gastro-intestinaux.

- **Surveillance** : les paramètres lipidiques et les enzymes hépatiques doivent être surveillés avant et 1 mois après le début du traitement, puis tous les 3 mois.

- **Tératogénicité** : tératogène puissant (à l'origine de malformations embryonnaires cardiaques, du système nerveux central, d'anomalies du développement neuropsychique parfois sans malformations visibles à la naissance, etc.), l'isotrétinoïne ne peut être prescrite chez les femmes en âge de procréer qu'à condition d'adhérer au « Programme de prévention de la grossesse » qui implique la mise en place d'une



Info+

► En cas de prescription d'isotrétinoïne chez une femme sous contraception orale, il est recommandé que soit également prescrit une contraception d'urgence et des préservatifs de façon systématique¹.

la patho

■ contraception efficace 1 mois avant le début du traitement, poursuivie jusqu'à 1 mois après son arrêt (dispositif intra-utérin ou implant progestatif, ou deux méthodes complémentaires type contraception orale et préservatif). La patiente doit être informée de l'effet tératogène et des autres effets indésirables de la molécule, avec notamment la remise d'une brochure d'information. Deux vidéos informatives sont également visualisables sur le site de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Elle doit également avoir signé un formulaire d'accord de soins attestant de sa bonne compréhension du risque tératogène et des modalités de prescription et de délivrance qui en découlent. Celles-ci sont reprises dans un carnet remis à la patiente.

■ **Législation** : la prescription initiale est réservée aux dermatologues, le renouvellement est possible par tout médecin.

Pour les femmes, toute prescription est limitée à 1 mois et conditionnée par l'obtention d'un résultat négatif d'un test de grossesse réalisé en laboratoire : la date et le résultat du test devant être porté sur le carnet.

La délivrance par le pharmacien nécessite de présenter :

- l'accord de soins signé ;
- le carnet mentionnant la date et la négativité du test de grossesse qui doit avoir été réalisé dans les 3 jours précédant la prescription ;
- la prescription, pour 1 mois de traitement, établie dans les 7 jours qui précèdent la date de présentation à l'officine (au-delà elle n'est plus recevable) et l'ordonnance initiale du spécialiste (qui peut être enregistrée dans le dossier de la patiente) pour les renouvellements.

Le pharmacien complète le carnet-patient en indiquant le médicament délivré, la date de délivrance et en y apposant le cachet de l'officine (à noter : un test de grossesse doit également être effectué 1 mois après l'arrêt du traitement).

Ces restrictions de prescription (hormis la prescription initiale par un dermatologue) et de délivrance ne s'appliquent pas pour les hommes.

Zinc

■ **Mode d'action** : action anti-inflammatoire via notamment une diminution du chimiotactisme des polymucléaires.

■ **Effets indésirables** : rarement douleurs abdominales, gastralgies, nausées, atteintes digestives hautes justifiant de respecter les modalités de prise (voir *Gérer les effets indésirables*).

DCI/spécialités
Adapalène Différine 0,1 % crème ou gel S
Trétinoïne Effederm crème 0,05 % et Ketrel (NR) crème 0,05 % Erylik gel (NR) Retacnyl crème 0,025 % (NR)
Isotrétinoïne Roaccutane gel 0,05 % (NR)
Trifarotène Aklief crème 50 µg/g (NR)
Acuspot gel 5 % (NR)
Curaspot gel 5 % (NR)
Cutacnyl gel 2,5 %, 5 % et 10 %
Clindamycine Zindacline 1 % gel (NR)
Érythromycine Eryfluid lotion Erythrogel 4 % Erythromycine Bailleul 4 %
Acide azélaïque Skinoren crème 20 % (NR) Finacea gel 15 % (NR)
Adapalène + peroxyde de benzoyle Desarena gel 0,1 % + 2,5 % (NR) Epiduo gel 0,1 % + 2,5 % et 0,3 % + 2,5 % (NR)
Clindamycine + peroxyde de benzoyle Encallik gel 10 mg + 50 mg (NR)
Érythromycine + trétinoïne Erylik gel 4 % + 0,25 % (NR)
Doxycycline Hyclate : Doxy cp 100 mg S, Doxycycline Arrow et Biogaran cp 100 mg Monohydratée : Doxylys, Doxycycline Sandoz, Teva et Viatrix, Granudoxy, Tolixine cp 100 mg, S
Lymécycline Tétralysal gélules 300 mg S
Erythromycine propionate Ery 500 cp 500 mg
Contractné, Curacné, Isotrétinoïne Acnetrait, Procuta cp 5 mg S, 10 mg S, 20 mg S et 40 mg

porphyre | juin 2025 | 623 | www.porphyre.fr

Principaux antiacnéiques	
Posologies	Interactions
Rétinoïdes locaux	
1 fois par jour le soir.	Pas d'interactions médicamenteuses notifiées.
1 fois par jour le soir (voire 2 fois par jour si bonne tolérance selon le résumé des caractéristiques du produit) ; 2 à 3 applications par semaine en entretien.	
1 à 2 fois par jour.	
1 fois par jour, le soir.	
Peroxyde de benzoyle	
1 ou 2 applications par jour ; tous les 2 à 3 jours en entretien.	Pas d'interactions médicamenteuses notifiées.
1 ou 2 applications par jour en laissant agir 1 à 5 minutes puis rincer abondamment .	
1 à 2 fois par jour ; tous les 2 à 3 jours en entretien pour les dosages 2,5 ou 5 %.	
Antibactériens	
1 application le soir.	Pas d'interactions médicamenteuses notifiées.
1 à 2 applications par jour.	
Autre	
2 applications par jour.	Pas d'interactions médicamenteuses notifiées.
Associations de traitements locaux	
1 application par jour.	Pas d'interactions médicamenteuses notifiées.
1 application le soir.	
1 application le soir.	
Antibiotiques oraux	
100 mg par jour pendant 3 mois. Au milieu d'un repas avec un grand verre d'eau et au moins 1 heure avant de s'allonger.	CI : rétinoïdes, vitamine A (risque d'hypervitaminose A et d'hypertension intracrânienne). PE : strontium, sels de fer, calcium, magnésium, zinc (prendre à au moins 2 heures de distance des cyclines), rifampicine et inducteurs enzymatiques puissants (risque de diminution des concentrations en doxycycline).
300 mg par jour pendant 3 mois avec un grand verre d'eau, au moins 1 heure avant de s'allonger et de préférence en dehors des repas (néanmoins, l'administration concomitante d'aliments, et en particulier de lait, ne semble pas modifier sensiblement l'absorption du produit).	
1 comprimé 2 fois par jour durant 3 mois. À prendre avant les repas.	
Isotrétinoïne orale	
0,5 à 1 mg/kg/j en 1 ou 2 prises pendant un repas jusqu'à une dose cumulée de 120 à 150mg/kg. L'amélioration se poursuit jusqu'à 8 semaines après l'arrêt.	CI : autres rétinoïdes (acitétrine, alitrétinoïne), vitamine A, cyclines (risque d'hypervitaminose A ou d'hypertension intracrânienne).

CI : associations contre-indiquées ; AD : associations déconseillées ; PE : précaution d'emploi ; S : substituable ; (NR) : non remboursé.

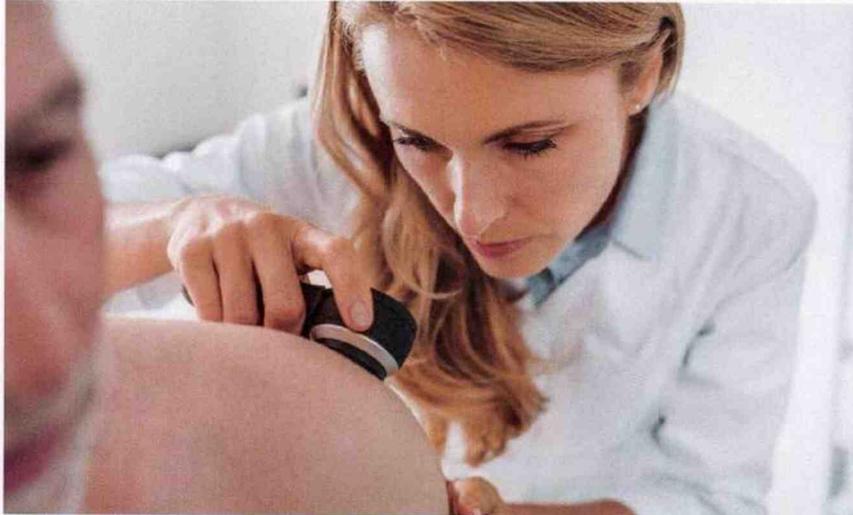
Sources : bases de données publiques de médicaments ; The French Cosmetics Industry Medication ; Agence nationale de sécurité sanitaire de la nourriture, de l'environnement et des produits chimiques, juin 2024.

porphyre juin 2025 | 623 | www.porphyre.fr



Actus

Ça va mieux en le disant



FACE À LA PÉNURIE DE DERMATOLOGUES, QUE DISENT LES SPÉCIALISTES ?

La France compte un nombre très insuffisant de dermatologues. Un problème de santé publique abordé lors des derniers États généraux de la dermatologie, tenus à Paris, en avril dernier. Nous avons interviewé à ce sujet leurs principaux représentants. *Propos recueillis par Christine Lamiable*

Quelles sont, selon vous, les réponses prioritaires qu'il faudrait apporter à la grave pénurie de dermatologues en France ?

Pre Marie-Aleth Richard : Il faut former plus de dermatologues. La démographie médicale des dermatologues est très préoccupante. Nous demandons depuis des années à l'Office national de la démographie des professions de santé une augmentation du nombre de postes d'internes en dermatologie. Cela

commence à être pris en compte mais reste insuffisant. Ceci est lié au fait que beaucoup d'autres disciplines ont aussi des besoins. Avec 110 postes ouverts par an, on ne verra pas d'amélioration en dermatologie avant, au mieux, 2040. D'ici là, nos ministres veulent mieux intégrer en France de jeunes médecins français ayant fait leur formation diplômante à l'étranger, ainsi que des médecins étrangers. Cela peut aider mais ce ne sont que des solutions de "bouts de chandelle".

Certains territoires n'ont quasiment pas de dermatologues. Ne faudrait-il pas instaurer des mesures contraignantes à l'installation ?

Pre Saskia Oro : Même si des régions sont plus touchées que d'autres en raison de l'absence de dermatologues médicaux, les mesures contraignantes à l'installation ne sont pas une solution. On peut comprendre que de jeunes médecins construisant leur vie professionnelle et personnelle envisagent difficile-

Nos experts



Pre Saskia Oro
dermatologue, vénéréologue, présidente de la Société française de dermatologie (SFD)



Pre Marie-Aleth Richard
dermatologue, vénéréologue, ancienne présidente du Collège des enseignants en dermatologie de France

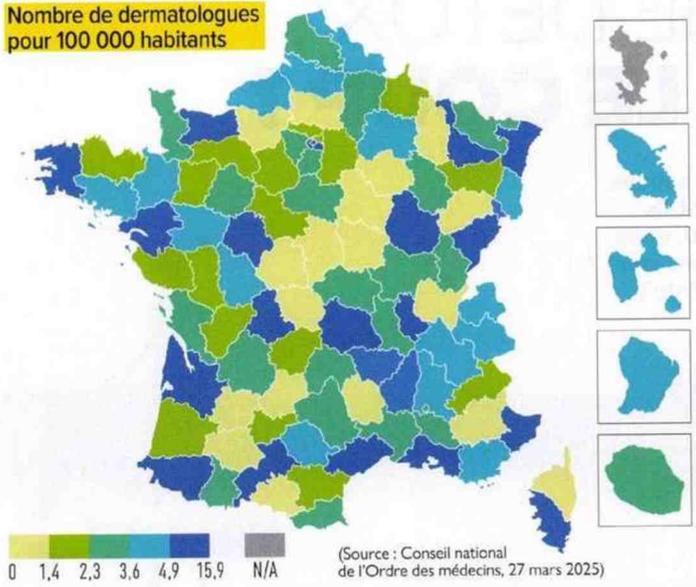


Dr Luc Sulimovic
dermatologue, vénéréologue, président du Syndicat national des dermatologues-vénéréologues (SNDV)

Une démographie médicale en berne

Au 1^{er} janvier 2025, on comptait, en France, 2 880 dermatologues, soit 3,29 pour 100 000 habitants alors que les recommandations internationales préconisent une densité minimale de 5 à 6 dermatologues pour 100 000 habitants afin d'assurer un accès aux soins optimal et de répondre aux besoins croissants liés aux pathologies cutanées.

Nombre de dermatologues pour 100 000 habitants



ment de s'installer dans des zones où les structures non seulement médicales mais également de vie, sont en défaut. Cela risquerait de les détourner de l'exercice libéral pour préférer des postes à l'hôpital ou dans l'industrie.

La SFD et le SNDV demandent une meilleure formation des médecins généralistes à la dermatologie de premier recours, mais est-ce réaliste alors que ces derniers ne sont pas assez nombreux ?

Pre Marie-Aleth Richard : Nous n'ignorons pas que les médecins généralistes manquent également mais nous avons besoin d'eux pour améliorer la rapidité de la prise en charge des patients. En les formant mieux, ils seront à même de faire un premier tri des patients et de nous adresser ceux pour lesquels il existe une inquiétude légitime concernant une lésion donnée.

Dr Luc Sulimovic : Pendant cette période de pénurie, nous nous mobilisons pour améliorer le parcours de soins des patients via la télé-expertise avec des équipes de soins spécialisées en dermatologie et vénérologie. Il en existe en Bretagne, en Corse, dans le Centre-Val-de-Loire... Des médecins généralistes volontaires peuvent envoyer leurs clichés à des dermatologues qui décideront s'ils doivent voir ou non

le patient. En Île-de-France, grâce à cette télé-expertise, la prise en charge d'un mélanome est actuellement de huit jours. La prescription ou le renouvellement de traitements à des personnes atteints de maladies comme le psoriasis ou le vitiligo est également facilité.

Comment se fait-il que dans ce contexte, on peut obtenir plus rapidement un rendez-vous de dermatologie esthétique que de dermatologie médicale ? Ne pensez-vous pas que l'esthétique occupe trop de temps dans les consultations ?

Dr Luc Sulimovic : Ce qui ralentit le parcours de soins des patients, c'est la pénurie de dermatologues. On peut accuser les politiques de tous bords de n'avoir pas fait du prévisionnel. Quand un patient trouve plus rapidement un rendez-vous de dermatologie esthétique que médicale, c'est parfois le seul programmé dans la journée contre une quinzaine de dermatologie médicale.

N'est-ce pas un problème quasiment éthique alors que certains mélanomes ne sont pas détectés à temps ?

Pre Saskia Oro : Lorsqu'un reportage télévisuel montre la difficulté à obtenir un rendez-vous de dermatologie médicale *versus* un rendez-vous de dermatologie esthétique, cela interpelle. Mais il faut rappeler que plus des deux tiers des dermatologues passent moins de 10 % de leur temps à faire de l'esthétique et qu'un tiers n'en font jamais. L'activité du dermatologue est avant tout axée sur la prise en charge des maladies dermatologiques. Et lorsqu'il existe un seul dermatologue pour un département, il a rarement le temps de faire de l'esthétique.

La part de la dermatologie esthétique

Le Syndicat national des dermatologues-vénérologues (SNDV) a réalisé un état des lieux en février 2024, auprès de 510 dermatologues français, dont 67 % sont membres du SNDV.

65,86 % des dermatologues interrogés pratiquent des actes esthétiques.

64,29 % des dermatologues interrogés consacrent moins de 10 % de leur activité à la dermatologie esthétique.

4,91 % y consacrent entre 50 et 90 % de leur activité.



Interview Prévention des cancers de la peau : "Ce sont les patients qui dépistent une partie des mélanomes aujourd'hui" Source : JT 13h Semaine

[VIDÉO] Ce 2 juin marque le début de la semaine de la prévention et du dépistage des cancers de la peau, qui s'échelonne cette année jusqu'au 8 juin. Ce rendez-vous annuel a notamment pour but de sensibiliser à l'importance de prévenir et détecter le mélanome. Mais comment s'y prendre quand trouver un rendez-vous chez le dermatologue est devenu mission impossible ? Une professeure de dermatologie nous éclaire. - Prévention des cancers de la peau : "Ce sont les patients qui dépistent une partie des mélanomes aujourd'hui" (Santé et bien être).



Ce 2 juin marque le début de la semaine de la prévention et du dépistage des cancers de la peau, qui s'échelonne cette année jusqu'au 8 juin. Ce rendez-vous annuel a notamment pour but de sensibiliser à l'importance de prévenir et détecter le mélanome.

Mais comment s'y prendre quand trouver un rendez-vous chez le dermatologue est devenu mission impossible ? Une professeure de dermatologie nous éclaire.

"Sauver sa peau". C'est le nom, pour le moins éloquent, de la campagne annuelle de prévention et de sensibilisation au dépistage des cancers de la peau, initiée par le Syndicat national des dermatologues et vénérologues (SNDV) et qui s'échelonne cette année du 2 au 8 juin 2025. Objectif : rappeler aux Français que ce type de cancer est fréquent et touche tout le monde, mais aussi sensibiliser aux bons gestes, encore sous-estimés, pour se protéger et repérer d'éventuelles lésions suspectes.

Si la consultation d'un professionnel de santé reste le moyen le plus simple de prévenir un cancer de la peau, en pratique, obtenir un rendez-vous avec un dermatologue relève souvent du parcours du combattant, avec seulement 3.000 praticiens exerçant en France. Alors comment procéder dans le contexte de pénurie actuel ? Faut-il nécessairement en passer par l'autosurveillance et comment s'y prendre le cas échéant ? TF1info a posé la question à Eve Maubec, professeure de dermatologie et secrétaire du Groupe de Cancérologie Cutanée de la Société Française de Dermatologie (SFD).



Dans quelques jours, LCI va passer à un nouveau canal !

Que dire aux patients qui cherchent désespérément un rendez-vous en cette période de prévention et de sensibilisation à l'approche de l'été, et qui s'inquiètent peut-être pour certains ?

Malheureusement, la situation n'est confortable pour personne, ni pour les patients, ni pour les dermatologues qui ne savent pas comment faire pour recevoir tous les patients. On a une démographie des dermatologues en chute, car il y a beaucoup de départs en retraite non remplacés et les jeunes qui arrivent sont en nombre insuffisant pour remplacer les départs à la retraite, donc évidemment dans ce contexte, la population générale rencontre des difficultés à consulter. Mais je pense qu'à l'avenir, des outils vont pouvoir aider les dermatologues à compenser ce manque de praticiens. Le parcours de soins est en train d'évoluer, on est à une étape clé, mais le parcours optimal reste encore à définir.

Il y a notamment des progrès technologiques en matière d'imagerie de la peau qui permettent de faire une cartographie des grains de beauté et de faire gagner du temps aux dermatologues et donc, à terme, de recevoir plus de patients. Ces appareils existent déjà dans certains centres, mais ne peuvent pas être proposés à toute la population aujourd'hui.

Et puis, depuis longtemps, on sait qu'il n'est pas logique sur un plan économique de dépister toute la population, il faut cibler les personnes à risque. Dans le contexte actuel, il serait donc vraisemblablement sage d'arriver à évaluer les facteurs de risques pour que ces patients soient reçus en priorité, en quelque sorte. Et pour arriver à les identifier, il faudrait des outils, comme des scores. Une équipe de Nantes permet déjà d'identifier par un simple questionnaire les personnes qui sont à risque de développer un mélanome.

Ensuite, à mon sens, il serait souhaitable que les médecins généralistes soient formés au cancer cutané, clairement, ils vont avoir un rôle dans le dépistage primaire des lésions cutanées. Il existe déjà des consultations dans certaines régions sans aucun dermatologues, des consultations chez des médecins généralistes qui permettent d'établir un premier diagnostic rapide des pathologies cutanées. Mais ces consultations ont du sens que si un dermatologue est associé pour juger si lésion est suspecte, il faut qu'elles s'insèrent dans un parcours de soins.

En attendant que ces outils et ces évolutions voient le jour pour pallier la pénurie, quelles alternatives ont, en pratique, ces patients qui cherchent à consulter ?

Quand un patient a remarqué une lésion qui lui paraît suspecte et qu'il n'est pas déjà suivi par un dermatologue et ne parvient pas à trouver de rendez-vous, il faut qu'il se tourne vers son médecin traitant qui l'examine et peut, le cas échéant, échanger avec un dermatologue et accélérer les choses. Il faut privilégier ce parcours patient dans le contexte actuel.

Ensuite, un patient considéré à risque ou qui a beaucoup de grains de beauté est censé pouvoir faire valoir cet argument pour obtenir un rendez-vous sans urgence. Avoir l'œil du dermatologue pour quelqu'un qui a beaucoup de grains de beauté, c'est précieux. Enfin, si on a une lésion suspecte, il est possible d'envoyer une photo au secrétariat en expliquant la situation, pour accélérer le processus, c'est notamment comme cela qu'on pratique dans l'assistance publique des hôpitaux de Paris.



Un grain de beauté rouge ou un beaucoup plus foncé, ça vaut la peine de les faire contrôler

Qu'en est-il de l'autodépistage ?

Il est essentiel car on sait que ce sont les patients qui dépistent une partie des mélanomes aujourd'hui. Chez les personnes qui sont à risque de cancer cutané, on conseille un autodépistage régulier dont la fréquence varie en fonction du risque. Il s'agit d'examiner la peau à la recherche de quelque chose qu'on ne connaît pas ou qui aurait changé, à l'aide de son entourage ou d'un miroir.

Vous faites référence aux patients à risque, qui sont-ils en matière de cancers cutanés ?

Un patient à risque, c'est un patient qui a des facteurs de risque de mélanome plus élevé que la population générale. Il peut s'agir d'un patient avec beaucoup de grains de beauté et/ou des grains de beauté atypiques définis par les fameux critères ABCDE. Je vous les rappelle A pour asymétrie, car la plupart des mélanomes ont des bords asymétriques, B pour bords irréguliers car la plupart des mélanomes ont des bords irréguliers, C pour couleurs non homogènes car les mélanomes ont souvent plusieurs couleurs, D pour diamètre, en général supérieur à 6 mm, et E pour évolution, comme un grain de beauté qui change d'aspect ou de couleur devient rugueux. Plus vous réunissez de ces critères, plus il y a de risque. Parmi les autres facteurs de risques, il y a aussi les antécédents familiaux, un phototype clair (roux ou blond, les taches de rousseurs) qui réagit mal au soleil, en attrapant des coups de soleil ou en bronzant très difficilement. Ensuite, un patient qui a déjà eu un antécédent de cancer immunodéprimé, ou qui est porteur d'une mutation de prédisposition au mélanome ou autre cancer de la peau est évidemment à risque. Enfin, il faut rappeler, car c'est le seul facteur évitable, qu'un patient qui a été exposé aux UV artificiel multiplie par deux le risque. Et donc, plus on a de facteurs de risque, plus le risque augmente. En cas de doute, il faut poser la question au médecin traitant : est-ce que je suis à risque ?

Que doit-on considérer comme lésions suspectes ?

La règle ABCDE que l'on vient détailler est celle qui permet de détecter des grains de beauté qui se modifient doucement vers un mélanome, surtout à plus de 50 ans. Il y a un autre critère important, c'est celui d'une lésion qui est vraiment différente des autres, un grain de beauté rouge ou un beaucoup plus foncé que les autres, ceux-là, ça vaut la peine de les faire contrôler, d'autant plus si la lésion est nouvelle et qu'on a plus de 50 ans. Il est aussi important de rappeler qu'on peut avoir des lésions malignes sans pigmentation, donc si une lésion grandit rapidement, qu'elle que soit sa couleur, et qu'on ne la connaissait pas, ça doit être un signe d'alerte, pour consulter.

Qui sont les personnes sujettes aux mycoses des pieds ?

Longtemps cantonnée aux vestiaires sportifs, la mycose du pied (ou tinea pedis) s'invite aujourd'hui partout : piscine municipale, bureau climatisé, salle de



Selon une étude publiée en 2023 , dans PMC, la bibliothèque nationale de médecine américaine, 25 % des adultes déclarent au moins un épisode de mycose au pied ou à l'ongle chaque année. Mais, cette infection fongique du quotidien n'affecte pourtant pas tout le monde avec la même intensité. Alors, qui sont les personnes les plus vulnérables ?

Les principaux types de mycoses du pied fréquentes

Il existe plusieurs formes de mycoses des pieds , dont les plus courantes sont :

Le pied d'athlète (Tinea pedis) : une infection fongique de la peau entre les orteils (parfois aussi sur la plante du pied), provoquant des démangeaisons, rougeurs, desquamations et gerçures. C'est la forme la plus répandue, souvent contractée dans les lieux publics humides.

L'onychomycose (mycose unguéale) : une infection des ongles du pied par des champignons dermatophytes ou des levures. L'ongle atteint devient épais, jaunâtre ou brun, se déforme et peut se décoller du lit de l'ongle. C'est une affection chronique, plus fréquente chez les adultes et seniors.

L'intertrigo : une infection fongique des plis cutanés du pied, typiquement entre les orteils. Elle se manifeste par une rougeur inflammatoire, de la macération et des fissures au fond des espaces entre les doigts de pied.

Les profils les plus exposés aux mycoses des pieds

Diabète de type 2 : la mycose apparaît 2,5 fois plus souvent chez un patient diabétique, et coexiste avec une onychomycose dans deux tiers des cas, selon une étude sur le pied diabétique et



l'infection fongique.

Déficit immunitaire (VIH, chimiothérapie, corticothérapie prolongée) : tout traitement immunosuppresseur réduit la réponse cutanée

aux dermatophytes (type de champignons). Résultat ? Les dermatophytes trouvent un terrain plus favorable pour s'installer et se multiplier dans la peau ou sous l'ongle.

Insuffisance veineuse, surpoids : la stagnation sanguine et l'humidité dans les plis cutanés favorisent l'atteinte mycosique.

Les personnes âgées : l'incidence tend même à augmenter avec l'âge : par exemple, la mycose des ongles (onychomycose) touche jusqu'à 30 % des personnes de plus de 70 ans selon sfdermato.org. La peau des seniors est plus sèche et les ongles souvent plus épais ou fragilisés, ce qui facilite l'implantation des champignons.

Autres éléments qui favorisent l'apparition d'une mycose des pieds

Milieus chauds, humides et collectifs

Les champignons responsables des mycoses prolifèrent particulièrement dans les environnements chauds et humides. C'est pourquoi ces infections surviennent fréquemment en été ou sous les climats tropicaux. La contamination se fait souvent en marchant pieds nus dans des lieux publics humides tels que les piscines, vestiaires, douches communes ou saunas. Ces endroits favorisent la transmission du pied d'athlète par contact indirect, les germes pouvant persister sur le sol humide.

Par conséquent, les personnes qui fréquentent régulièrement ces lieux : par exemple, les nageurs, les sportifs en salle de sport sont plus susceptibles d'attraper une mycose plantaire.

Transpiration et chaussures fermées

Un autre facteur majeur est la transpiration excessive des pieds couplée au port prolongé de chaussures fermées. Des chaussures de sport ou de travail peu aérées créent un microclimat chaud et humide autour du pied, propice au développement des champignons. Le pied d'athlète porte bien son nom : il est très fréquent chez les sportifs, précisément à cause de la sueur abondante et de la macération dans les baskets.

Même en dehors du sport, le fait de garder des chaussettes humides ou des chaussures serrées toute la journée favorise la macération de la peau. Un pied souvent mouillé ou mal séché après la douche voit sa barrière cutanée fragilisée, ce qui rend l'infection fongique plus probable.

En résumé, toute personne dont les pieds restent confinés dans un environnement chaud et humide de façon prolongée a un risque accru de mycose.

Le facteur invisible

: la r

écidive



PAYS: FRA
TYPE: web
EAE: €173.97
AUDIENCE: 12792

TPOLOGIE DU SITE WEB: Lifestyle/Fashion and Apparel
VISITES MENSUELLES: 388901.00
JOURNALISTE:
URL: www.be.com



> [Version en ligne](#)

> 2 juin 2025 à 8:03

Une infection mal prise en charge réapparaît plus souvent. L'absence de traitement antifongique adapté, l'arrêt trop précoce d'une crème, ou le simple oubli de désinfecter les chaussettes et le sol de la salle de bain entretiennent un réservoir de spores. D'où l'importance de consulter son médecin ou un dermatologue dès les premiers symptômes (démangeaison, peau qui pèle, odeur inhabituelle) et de suivre un traitement précis pour la traiter.

Tout le monde peut développer une mycose des pieds si les conditions propices sont réunies. Cependant, les profils évoqués y sont particulièrement sujets. Mieux comprendre ces facteurs de risque permet d'identifier les situations à risque et d'adopter des habitudes de vie appropriées afin de limiter l'apparition de ces infections désagréables.

Commentaire global

Suivez-nous sur [Google News](#)

**DERMATOLOGIE****Que faire après un cancer cutané ?**

Après un cancer cutané, le risque de récurrence est bien réel. La Société française de dermatologie recommande une photoprotection rigoureuse, un suivi dermatologique régulier et un autodépistage cutané. Malgré une prise de conscience, les comportements de protection restent aujourd'hui insuffisants. Il est alors essentiel d'éviter le soleil aux heures les plus chaudes, de porter des vêtements couvrants et d'utiliser un écran solaire SPF 50 au quotidien.

Pour plus d'informations, rendez-vous par téléphone au 01 43 27 01 56 ou par mail à l'adresse suivante : secretariat@sfdermato.org.



BEAUTÉ

Par Carole Chevalier

Avec des soins adaptés

Un joli corps POUR L'ÉTÉ

Aux beaux jours, il est temps de prendre son corps en main afin de mieux le dévoiler dans les tenues légères de l'été. On vous dit tout.

UN GOMMAGE POUR LISSER

Comme au niveau du visage, un joli grain de peau sur le corps s'entretient. Car les petites rugosités, souvent situées à l'arrière des bras, au niveau des coudes et des genoux, et qui sont dues aux frottements des vêtements ainsi qu'au dessèchement, se voient bien plus qu'on ne le croit. La solution consiste simplement à exfolier régulièrement sa peau afin d'éliminer les cellules mortes et lisser ces aspérités. Avec pour ce faire, deux possibilités : l'utilisation d'un gommage classique, qui contient des petits grains d'origine végétale, le plus souvent des noyaux de fruits broyés, comme ceux des abricots, ou de la poudre de noix de coco, et qui va agir de façon mécanique pour polir en douceur la surface de l'épiderme. Ou bien l'application d'un soin aux AHA, comme l'acide lactique, présenté sous forme de lait ou de sérum, à utiliser quotidiennement pour dissoudre peu à peu les impuretés.

1. Gommage corps Coco Vanille, *Les Petits Bains de Provence*, 12,50 € le pot de 150 gr** et ***. 2. 326 Sérum exfoliant pour le corps, *L'A Bruket*, 53 € le flacon de 120 ml***.



UN SOIN ADAPTÉ POUR HYDRATER

L'un des besoins fondamentaux de l'épiderme est son besoin en eau. C'est pourquoi il est primordial de reconstituer chaque jour ses réserves hydriques avec un soin hydratant. Et aujourd'hui, plus d'excuse pour faire l'impasse, car il existe des soins vraiment à la carte : de la simple formule hydratante, lorsque la peau n'a pas de problème particulier, à des soins plus adaptés, particulièrement si la peau est sèche ou ultra-sèche, avec des formules enrichies en actifs nourrissants. Certains vont même encore plus loin, en intégrant des actifs raffermissants, afin de faire coup double et prévenir en même temps le relâchement des tissus pour une peau plus ferme.

3. Lait corps relipidant Nutri V+, *Laboratoires Vendôme*, 7,90 € le flacon de 250 ml* et ***. 4. Lait corps 3-en-1 Hydratant 24 h, lissant et anti-relâchement, *Dr. Pierre Ricaud*, 22 € le flacon de 195 ml***.

UNE HUILE PAILLETÉE POUR ILLUMINER

Avec sa texture velours, une huile pour le corps n'a pas son pareil pour satiner l'épiderme. Et lorsqu'elle se constelle de petites paillettes, c'est tout le corps qui brille de mille feux, avec la nutrition en prime, grâce à leur formule à base d'huile végétale, comme l'huile de coco, aux propriétés émoullientes. Mais ce qui est vraiment nouveau, c'est l'adjonction, pour certaines, de filtres solaires afin de pouvoir afficher un SPF 30 ou 50 pour pouvoir être dehors en toute sécurité, à la terrasse d'un café ou dans un jardin, par exemple, et bien sûr à la plage ou à la piscine. Car en été, les U.V. sont présents partout et filtrent même à travers les nuages.

5. Huile sèche scintillante Monoï de Tahiti, *Lovea*, 8,99 € le flacon de 150 ml* et ***. 6. Huile solaire Or SPF 30, *Nuxe*, 34,50 € le flacon de 150 ml** et ***.

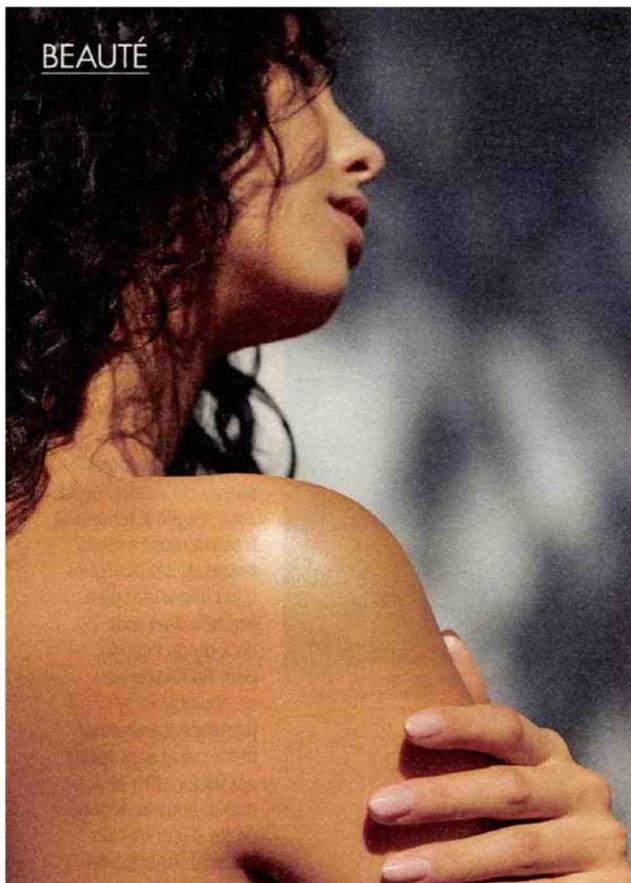


UN DÉCOLLETÉ *sublimé*

UN DES POINTS FORTS DE LA FÉMINITÉ, le décolleté est aussi l'un des grands oubliés dans les routines de soins. Pourtant, comme au niveau du visage, cette zone fragile a tendance à se marquer avec le temps. C'est pourquoi il est important d'en prendre soin tout au long de l'année, pour lui conserver sa douceur et sa jeunesse. Le premier geste, et le plus facile, est de lui offrir chaque matin, sous la douche, un jet d'eau fraîche qui va permettre de tonifier les tissus. Pensez aussi, lorsque vous appliquez vos soins pour le visage, à en faire profiter votre cou jusqu'au niveau du décolleté. Et offrez-lui de temps en temps, un soin raffermissant, rien que pour lui, afin de conserver longtemps une jolie poitrine.



Lait Buste
Ultra-fermenté,
Clarins, 67 €
le tube de
50 ml***
et ****.



**UN SOIN SPÉCIAL « PIEDS »
 POUR BIEN NOURRIR**

Avec une peau quatre fois plus épaisse que sur le reste du corps, corne et callosités s'invitent malheureusement souvent au niveau de la plante des pieds. Et sans soins réguliers, difficile de les éliminer. Le mieux est donc de les faire disparaître à l'aide d'une pierre ponce ou d'un gommage, sous la douche ou dans le bain lorsque la peau est ramollie. Puis, pour prévenir leur réapparition, l'idéal est d'enduire chaque soir ses pieds avec un soin spécifique nourrissant, souvent à base d'urée, un actif hautement nourrissant et régénérant.

1. Crème de gommage, *Akileïne*[®], 7,20 € le tube de 175 ml**.
2. Crème Réparation avancée Expert Care[™], *Scholl*, 10,90 € le tube de 150 ml**.



**L'HYPERSENSIBILITÉ
 de la peau**



Le point sur la question, avec...

SOPHIE DURAND, directrice pôle scientifique, Laboratoires Vendôme.

Comment se manifeste l'hyperréactivité de la peau ?

De plus en plus de personnes déclarent avoir la peau sensible ! C'est une tendance qui s'accroît avec notre mode de vie et l'exposition de la peau à la pollution*. Ce qu'on appelle « peau hyperréactive » est en réalité une peau sensible qui réagit de façon excessive à des facteurs qui n'impactent habituellement pas une peau normale : un changement de température, un frottement, ou un produit cosmétique classique. Cela peut se traduire par des phénomènes d'irritation; réactions de type inflammatoire avec des rougeurs, des sensations de tiraillements, de picotements, d'échauffement.

Existe-t-il des facteurs qui peuvent aggraver le phénomène ?

Oui, des facteurs exogènes, c'est-à-dire externes, comme le froid, le chaud, les conditions climatiques vont notamment abîmer la barrière cutanée. Une routine inadaptée peut aussi fragiliser davantage la peau : produits trop parfumés, exfoliations excessives, certains agents nettoyants ou moussants peuvent accentuer la sensibilité. Même des gestes quotidiens anodins comme le nettoyage à l'eau trop chaude peuvent être à l'origine de réactions. À cela, peuvent également s'ajouter des facteurs endogènes, internes au corps, tels que le stress, les hormones, l'alimentation...

Quelle routine de soins de beauté faut-il alors adopter ?

Le mieux est d'opter pour des soins adaptés, spécialement formulés pour respecter cette sensibilité. Il peut être intéressant de favoriser des formules sans parfum, avec un nombre limité d'ingrédients pour minimiser les risques de réaction. La texture doit apporter confort et apaisement, sans aggraver. On peut aussi sélectionner des soins qui vont permettre d'améliorer l'état de la barrière cutanée et mieux protéger la peau.

* Source : « La peau des Français - Analyse des caractéristiques de notre peau », à partir de l'étude Objectifs Peau - EM consulte.

** En grande distribution. *** En pharmacie. **** Sur le site et dans les boutiques de la marque. ***** En parfumerie. Les prix sont donnés à titre indicatif.

Plus d'idées beauté sur maximag.fr



BREVES

Laura
BERTHUINberthuin@laprovence.com

En Bref

Optique

Des dépistages visuels gratuits proposés à Marseille

Dans le cadre du dispositif "Hors les Murs", les opticiens itinérants de l'association Droit du Regard proposeront des bilans visuels gratuits tout au long de la journée du mardi 10 juin prochain. Les bénéficiaires pourront, si nécessaire, être orientés vers un ophtalmologue conventionné et bénéficier d'une prise en charge administrative complète. Objectif : lutter contre les inégalités d'accès aux soins optiques alors qu'en 2023, selon l'Ifop, pas moins de 11, 8 % des Français déclarent renoncer à des équipements optiques pour des raisons financières.

Rendez-vous le mardi 10 juin prochain de 9 h à 13 h au CHUF Espeli - 7 rue de la République à Marseille.

Prévention

Recommandations pour la vaccination des femmes enceintes

L'Académie nationale de médecine rappelle que la vaccination pendant la grossesse est essentielle pour la protection de la femme enceinte et de son fœtus. Elle recommande donc d'intégrer les vaccins contre la coqueluche, la grippe, la Covid-19 et le VRZ dans le suivi prénatal, de les rendre accessible en tout lieu de suivi, de former les soignants, de développer la recherche vaccinale en incluant la grossesse dans les essais cliniques et d'analyser les causes de non-vaccination à l'échelle régionale.

Pour plus d'informations, rendez-vous à l'adresse : www.academie-medecine.fr

Dermatologie

Que faire après un cancer cutané ?
 Après un cancer cutané, le risque de récurrence est bien réel. La Société française de dermatologie recommande une photoprotection rigoureuse, un suivi dermatologique régulier et un autodépistage cutané. Malgré une prise de conscience, les comportements de protection restent aujourd'hui insuffisants. Il est alors essentiel d'éviter le soleil aux heures les plus chaudes, de porter des vêtements couvrants et d'utiliser un écran solaire SPF 50 au quotidien.

Pour plus d'informations, rendez-vous par téléphone au 01 43 27 01 56 ou par mail à l'adresse suivante : secretariat@sfermato.org.

Journée nationale de l'eczéma
 À l'occasion de la Journée nationale de l'eczéma le 7 juin prochain, Leo Pharma alerte sur l'eczéma chronique des mains (ECM), une pathologie fréquente mais méconnue, qui touche 4, 9 % des adultes en France. Une enquête d'Opinion Way révèle un manque de reconnaissance de cette maladie dans la région Sud-Est tout particulièrement. Leo Pharma appelle alors à une meilleure sensibilisation et prise en charge de l'ECM et conseille d'identifier et d'éviter les facteurs déclenchant.

Pour plus d'informations, rendez-vous sur le site internet www.leo-pharma.fr ■