

Journées Dermatologiques de Paris

DOSSIER DE PRESSE

ÉDITION 2012

**JOURNÉES
DERMATOLOGIQUES
DE PARIS**

11-15 Décembre
PALAIS DES CONGRÈS
PORTE MAILLOT - PARIS

COMITÉ D'ORGANISATION :
C. BÉDANE - F. GRANGE - M. VIGUIER
SÉCRÉTARIAT SCIENTIFIQUE :
M.-J. DINANT - S. FOJUTOWSKI
Tél. : 01 43 27 01 67
Fax. : 01 43 27 01 66

**Programme
Définitif**

2012

Société Française de Dermatologie
25, rue La Boétie - 75008 Paris
e-mail : jdp@sfdermato.com

11 - 15 Décembre 2012



Journées Dermatologiques de Paris

La nouvelle édition
11-15 décembre 2012

Le rendez-vous annuel incontournable des dermatologues français et de langue française du monde entier.

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

Organisées comme chaque année par la Société Française de Dermatologie, les Journées Dermatologiques de Paris sont l'occasion pour les praticiens spécialistes d'échanger, de s'informer et de se former. Le programme scientifique est établi pour satisfaire les attentes de tous, quels que soient leurs centres d'intérêt et leur mode d'exercice.

Au total, ce sont 8 ateliers, 88 FMC, 18 forums et plus de 500 communications qui sont proposés durant ces journées pour découvrir l'ensemble des innovations et des actualités scientifiques, technologiques et thérapeutiques internationales en Dermatologie.

Tous les domaines et les aspects de la dermatologie sont concernés, de la cancérologie cutanée à la cosmétologie en passant par les techniques Laser et chirurgicales.

Venez partager l'actualité en Dermatologie.

CONTACT PRESSE

Dr Brigitte Roy-Geffroy
Société Française de Dermatologie
b.roygeffroy@sfdermato.com
06 80 21 08 03 - 01 43 27 01 56
www.sfdermato.com



Journées Dermatologiques de Paris

Edition 2012

Thème 1

CANCÉROLOGIE CUTANÉE

- Des avancées thérapeutiques majeures pour une prise en charge « à la carte » 1
Pr Marie-Thérèse LECCIA

Thème 2

PSORIASIS

- De nouveaux traitements grâce à une meilleure compréhension des mécanismes de la maladie 4
Pr Hervé BACHELEZ

Thème 3

ACTUALITÉS EN PHOTODERMATOLOGIE

- Photothérapie, photosensibilisation, photoprotection : mise au point 5
Pr Christophe BEDANE

Thème 4

LES TRAITEMENTS PAR LA LUMIÈRE (LASERS ET LAMPES)

- Une évolution des indications tant au niveau médical qu'esthétique 7
Dr Gérard TOUBEL

Thème 5

DERMATOLOGIE PEDIATRIQUE

- Maladies rares, dermatite atopique, naevus et protection solaire 9
Pr Christine Bodemer

Thème 6

DERMATOLOGIE ESTHETIQUE ET CORRECTRICE

- Actualités et tendances 11
Dr Thierry MICHAUD

Thème 7

DERMATO-ALLERGOLOGIE - TOXIDERMIES

- Une démarche préventive encore difficile malgré des progrès dans la compréhension de la physiopathologie 13
Pr Annick BARBAUD

Thème 8

COMMUNICATIONS SCIENTIFIQUES ORALES ET AFFICHÉES

- La cancérologie cutanée et le psoriasis à l'honneur 15
Pr Laurent MACHET

MIEUX CONNAÎTRE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE 17

LA MAISON DE LA DERMATOLOGIE 20

Des avancées thérapeutiques majeures pour une prise en charge "à la carte"

Pr Marie-Thérèse LECCIA

Clinique de Dermatologie et Photobiologie, CHU Grenoble, Présidente du Groupe de Cancérologie Cutanée de la Société Française de Dermatologie



Photographie Pr MT Leccia

Les cancers de la peau sont les cancers les plus fréquents chez l'homme et leur incidence ne cesse d'augmenter. Leur prise en charge, depuis la prévention jusqu'au traitement des formes métastatiques, représente un véritable enjeu de santé publique et un domaine d'activité majeure des dermatologues libéraux et hospitaliers.

Le dépistage des lésions cancéreuses cutanées a bénéficié des progrès importants des techniques d'imagerie, vidéodermoscopie et microscopie confocale *in vivo*. Mais au cours des derniers mois, ce sont surtout les avancées thérapeutiques majeures liées au développement des thérapies ciblées et de l'immunothérapie qui ont modifié la prise en charge des patients atteints de mélanomes et de carcinomes basocellulaires évolués. Plusieurs centres français de Dermato-cancérologie sont activement impliqués dans la recherche thérapeutique en cancérologie cutanée, certaines équipes figurant dans les premiers auteurs de revues prestigieuses.

Mélanome, le paysage thérapeutique s'est considérablement modifié avec l'arrivée de nouvelles molécules d'immunothérapie et des thérapies ciblées.

Le mélanome est le cancer dont l'incidence a le plus augmenté durant les vingt dernières années. En France, elle est actuellement estimée à 9 cas pour 100 000 habitants. En 2011, 9 800 nouveaux cas ont été déclarés et plus de 2 000 décès sont liés à ce cancer chaque année. Le traitement du mélanome reste avant tout chirurgical. Plus de 90 % des mélanomes sont diagnostiqués au stade de tumeurs primitives traitées par exérèse chirurgicale, avec une survie à 10 ans estimée entre 75 et 85 %. Au stade métastatique viscéral, il n'existait jusqu'alors aucun traitement modifiant la survie globale. La médiane de survie plafonnait autour de 6 à 9 mois avec les chimiothérapies de référence (dacarbazine, fotemustine). Il s'avérait urgent de découvrir de nouveaux traitements pour ces patients, souvent jeunes, atteints de mélanomes métastatiques.

Le mélanome est une tumeur hautement immunogène. C'est pourquoi, depuis plusieurs années, différentes approches ont évalué l'intérêt de vaccinations et de l'immunothérapie sélective.

L'immunothérapie

L'ipilimumab est une immunoglobuline humaine IgG1 anti-CTLA4 (*cytotoxic T lymphocyte antigen 4*) qui a démontré pour la première fois, dans des études de phase III, une amélioration de la survie globale chez les patients atteints de mélanome métastatique. L'augmentation de la survie globale à 24 mois pour la dose de 3 mg/kg en deuxième ligne de traitement (correspondant à l'autorisation de mise sur le marché) est estimée à 3.7 mois. Les durées de réponse dans l'étude comparant l'ipilimumab à la dose de 10 mg/kg + dacarbazine *versus* dacarbazine seule sont respectivement de 19.3 mois et 8.1 mois.

L'ipilimumab a été délivrée dans le cadre d'une ATU (Autorisation Temporaire d'Utilisation) jusqu'en septembre 2011 et a obtenu une autorisation de mise sur le marché en juillet 2011. Un nouvel essai international comparant les doses de 3 et 10 mg/kg vient par ailleurs de se terminer récemment avec les premiers résultats attendus en 2013. Malheureusement, la commercialisation de cette molécule pour le traitement de deuxième ligne ou plus, des mélanomes métastatiques est bloquée depuis un an, faute d'accord sur le prix entre le laboratoire et le Comité Economique des Produits de Santé (CEPS). Cette situation difficilement acceptable, entraîne une perte de chance pour les patients et une inégalité de mise à disposition du produit sur le territoire.

Pourtant, les espoirs suscités par cette molécule pour les patients atteints de mélanomes métastatiques sont réels, même s'ils doivent être tempérés. Moins de 20 % des patients sont répondeurs. La recherche de biomarqueurs prédictifs de réponse est donc aujourd'hui une priorité, du fait notamment de la survenue d'effets secondaires immunologiques sévères, nécessitant l'utilisation attentive d'algorithmes de prise en charge bien établis.

Les inhibiteurs de PD1 (*programmed cell death protein 1*) et de son ligand représentent une autre voie très prometteuse en immunothérapie et qui fait l'objet de plusieurs essais thérapeutiques en cours.

Thérapies ciblées : les inhibiteurs sélectifs de gènes mutés

En plus du rôle important joué par l'immunité, la majorité des mélanomes présentent une activation anormale de la voie des MAPK (*Mitogen-activated protein kinases*)*. Celle-ci constitue donc aujourd'hui un autre aspect des nouvelles cibles thérapeutiques.

La mutation V600E du gène BRAF est la plus fréquente, puisqu'elle touche environ 1 patient sur 2. Un essai clinique de phase III a montré **une amélioration significative de la survie globale des patients atteints de mélanome métastatique traités par vémurafenib, inhibiteur sélectif de BRAF muté**, comparativement aux patients traités par une chimiothérapie de référence (dacarbazine). Les effets secondaires principaux sont représentés par une photosensibilité et l'apparition de carcinomes épidermoïdes chez environ 1/4 des patients. Par ailleurs, cette molécule doit être réservée aux patients porteurs de la mutation, car elle est inefficace, voire délétère chez les patients dont le mélanome ne présente pas de mutation sur BRAF.

Plus de 50 % des patients présentent une réponse rapide et spectaculaire, mais la majorité rechute après 6 à 8 mois de traitement en moyenne suggérant **l'émergence de mécanismes de résistance**. Certains de ces mécanismes de résistance ont d'ailleurs déjà été identifiés. Le vémurafenib est commercialisé depuis mars 2012 pour le traitement de première ligne ou plus, des mélanomes métastatiques présentant la mutation BRAFV600E. Des essais cliniques avec d'autres inhibiteurs de BRAF (dabrafenib) ou associant plusieurs inhibiteurs sélectifs, afin de limiter l'émergence de résistances, sont en cours. **La fréquence des effets secondaires cutanés paraît moindre avec les derniers inhibiteurs développés**, mais une vigilance particulière est apportée quant au développement d'autres cancers sous traitement.

Moins fréquemment, certains mélanomes présentent des mutations de CKIT ou de NRAS. Des traitements par d'autres inhibiteurs spécifiques sont actuellement en cours d'évaluation, tels que les anti-MEK par exemple le tramétinib (MEK est situé en aval de BRAF sur la voie des MAP-kinases).

Le traitement personnalisé des patients atteints de mélanome est donc devenu une réalité. Les approches thérapeutiques nouvelles se développent et devront combattre les résistances développées par ce cancer complexe. Il est important de poursuivre activement les recherches pour identifier et sélectionner les patients potentiellement répondeurs à une immunothérapie et/ou une thérapie ciblée. La mise en place de plateformes de génétique moléculaire avec le soutien de l'Institut National du Cancer (INCa) et de cohortes clinico-biologiques nationales aideront à définir précisément le profil des patients et à évaluer la place, l'efficacité et la tolérance des nouveaux traitements.

Carcinomes basocellulaires : attention aux formes méconnues agressives !

Le plus fréquent des cancers cutanés, le carcinome basocellulaire (CBC) est habituellement considéré comme d'excellent pronostic. Les options thérapeutiques ont été définies par la Société Française de Dermatologie et l'ANAES en 2004. Et la grande majorité des cas est définitivement guérie avec l'exérèse chirurgicale.

Certains types de CBC peuvent cependant être particulièrement récidivants et agressifs du fait d'une évolution locorégionale destructrice, voire métastatique à distance. Il a été démontré récemment que les CBC sporadiques ou dans le cadre d'une maladie génétique, présentent une activation fréquente provoquée par une mutation génique de la voie *patched/sonic/hedgehog*.

Le vismodegib est une molécule inhibitrice de cette voie qui a démontré des taux de réponse chez plus de la moitié des patients atteints de CBC localement avancé ou métastatique dans des essais de phase I. Des études de phase II sont actuellement en cours. Les effets secondaires graves sont représentés par une fatigue, une dyspnée et une hyponatrémie, mais le principal inconvénient provient de la fréquence de survenue d'altérations sévères du goût qui conduisent parfois à l'arrêt du traitement. Par ailleurs, une nouvelle poussée évolutive des CBC peut être observée à l'arrêt du vismodegib.

Les inhibiteurs de l'activation de la voie *hedgehog* constituent donc une avancée très importante dans le traitement de ces carcinomes basocellulaires. Cependant, le développement de nouvelles molécules reste un enjeu important pour les prochaines années.

*Protéine kinase activée par des agents induisant une prolifération cellulaire.

Kératoses actiniques, de nouvelles possibilités thérapeutiques «personnalisées»

Les kératoses actiniques siègent sur les zones photoexposées et témoignent des dommages chroniques liés au soleil. Ces lésions ont été identifiées comme des marqueurs de risque de développement du carcinome épidermoïde, autre cancer cutané très fréquent lié aux expositions solaires chroniques. Bien que la transformation d'une kératose actinique en carcinome soit probablement très faible, leur traitement est justifié par leur caractère inesthétique et par la notion de prévention du risque de cancérisation.

Jusqu'à ces dernières années, les moyens physiques (cryothérapie, électrocoagulation, Laser) constituaient la seule alternative à leur destruction. Si ces techniques restent toujours d'actualité pour les formes isolées, des traitements topiques (ingenol mebutate, imiquimod) et différentes techniques de photothérapie dynamique ont été développés plus récemment pour la prise en charge des lésions multiples.

On s'oriente donc là encore vers un traitement personnalisé « à la carte » des lésions précurseurs de cancers cutanés.

Références bibliographiques

Hodi FS, O'Day SJ, McDermott DF, Weber RW, Sosman JA, Haanen JB, Gonzalez R, Robert C, Schadendorf D, Hassel JC, Akerley W, van den Eertwegh AJ, Lutzky J, Lorigan P, Vaubel JM, Linette GP, Hogg D, Ottensmeier CH, Lebbé C, Peschel C, Quirt I, Clark JI, Wolchok JD, Weber JS, Tian J, Yellin MJ, Nichol GM, Hoos A, Urba WJ. Improved survival with ipilimumab in patients with metastatic melanoma. N Engl J Med. 2010 Aug 19;363(8):711-23.

Robert C, Thomas L, Bondarenko I, O'Day S, M D JW, Garbe C, Lebbe C, Baurain JF, Testori A, Grob JJ, Davidson N, Richards J, Maio M, Hauschild A, Miller WH Jr, Gascon P, Lotem M, Harmankaya K, Ibrahim R, Francis S, Chen TT, Humphrey R, Hoos A, Wolchok JD. Ipilimumab plus dacarbazine for previously untreated metastatic melanoma. N Engl J Med. 2011 Jun 30;364(26):2517-26.

Chapman PB, Hauschild A, Robert C, Haanen JB, Ascierto P, Larkin J, Dummer R, Garbe C, Testori A, Maio M, Hogg D, Lorigan P, Lebbe C, Jouary T, Schadendorf D, Ribas A, O'Day SJ, Sosman JA, Kirkwood JM, Eggermont AM, Dreno B, Nolop K, Li J, Nelson B, Hou J, Lee RJ, Flaherty KT, McArthur GA; BRIM-3 Study Group. Improved survival with vemurafenib in melanoma with BRAF V600E mutation. N Engl J Med. 2011 Jun 30;364(26):2507-16.

Flaherty KT, Robert C, Hersey P, Nathan P, Garbe C, Millhem M, Demidov LV, Hassel JC, Rutkowski P, Mohr P, Dummer R, Trefzer U, Larkin JM, Utikal J, Dreno B, Nyakas M, Middleton MR, Becker JC, Casey M, Sherman LJ, Wu FS, Ouellet D, Martin AM, Patel K, Schadendorf D; METRIC Study Group. Improved survival with MEK inhibition in BRAF-mutated melanoma. N Engl J Med. 2012 Jul 12;367(2):107-14.

RENDEZ VOUS

**pour la 1^{ère} Journée d'Actualités en Cancérologie Cutanée
le vendredi 8 février 2013 à Paris**

Les objectifs de cette journée sont d'aborder de façon pratique les points essentiels de la prise en charge des patients atteints de cancers cutanés grâce à des discussions autour de cas cliniques et d'arbres décisionnels avec tous les acteurs impliqués : médecins généralistes, chirurgiens, dermatologues, oncologues et anatomopathologistes.

Plus d'informations sur www.jacc2013.com

De nouveaux traitements grâce à une meilleure compréhension des mécanismes de la maladie

Pr Hervé BACHELEZ

Service de Dermatologie, Hôpital Saint-Louis, Paris, Président du Groupe de recherche sur le psoriasis de la Société Française de Dermatologie

Mécanisme de la maladie

La compréhension des mécanismes physiopathologiques impliqués dans les différentes formes de psoriasis continue à progresser grâce aux études génétiques chez l'homme et à l'apport de certains modèles animaux. Ainsi, la mise en évidence, dans des cas familiaux de psoriasis, de mutations d'un gène (CARD14) impliqué dans l'immunité dite innée, responsables d'une augmentation des réactions inflammatoires dans la peau, démontre le rôle crucial de l'immunité innée dans l'inflammation psoriasique¹. Si ces formes mendéliennes de psoriasis, associées à un rhumatisme psoriasique dans certains cas, sont rares, elles ont l'avantage de permettre d'affirmer avec certitude le rôle majeur d'une anomalie génétique donnée dans une forme monogénique.

Pour les formes les plus fréquentes, qui ne sont pas liées à une seule mais à plusieurs anomalies touchant différents gènes (forme complexe ou multigénique), les méta-analyses des études du génome à grande échelle ont permis de suggérer là encore la contribution de gènes du système immunitaire déjà connus comme HLA-C, ou nouvellement mis en évidence comme CARD14². De plus, des études chez l'animal confirment le rôle majeur joué par l'interleukine-36 qui active l'inflammation. Cette cytokine est amplifiée et dérégulée au cours du psoriasis, comme l'ont montré auparavant des études chez l'Homme dans des formes rares pustuleuses généralisées de la maladie³.

Thérapeutique

Les avancées très rapides dans la compréhension des mécanismes de la maladie ont stimulé de façon spectaculaire le développement clinique de plusieurs molécules biologiques (anticorps monoclonaux), ou de plus petites molécules qui vont diffuser dans les cellules du système immunitaire de la peau pour tenter de contrôler la réaction inflammatoire du psoriasis. C'est le cas des anticorps monoclonaux anti-IL17, ciblant l'interleukine-17, comme le secukinumab et l'ixekizumab, ainsi que le brodalumab qui cible lui, le récepteur pour cette même IL17⁴⁻⁵. Ces molécules entrent actuellement en étude de phase 3. Il en est de même pour le tofacitinib et l'apremilast, petites molécules qui vont inhiber des voies importantes pour l'activation des réactions inflammatoires⁶⁻⁷.

Les profils de tolérance, qui semblent prometteurs, ne pourront être réellement évalués qu'au vu des résultats de ces études de grande ampleur.

Les traitements adaptés aux différentes formes de la maladie ne sont cependant plus une utopie.

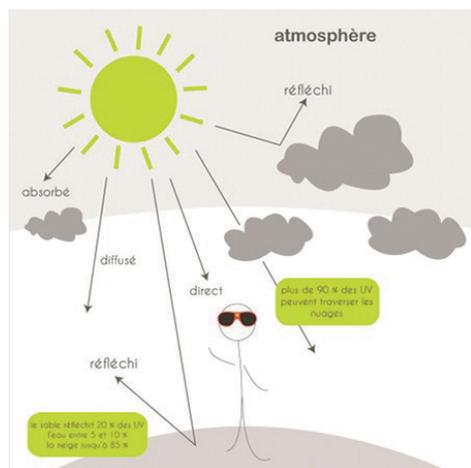
Références bibliographiques

1. Jordan CT, et al. Am J Hum Genet. 2012; 90:784-95
2. Tsoi LC, et al. Nature Genet. 2012 ; Nov 11 [Epub ahead of print]
3. Marrakchi S, et al. N Engl J Med. 2011 ; 365 :620-28)
4. Papp KA, et al. N Engl J Med. 2012 ;366:1181-9
5. Leonardi C, et al. N Engl J Med. 2012;366:1190-9
6. Papp KA, et al. Br J Dermatol. 2012 Sep;167(3):668-77.
7. Papp KA, et al. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2012 Oct 3 [Epub ahead of print]

Photothérapie, Photosensibilisation, Photoprotection : mise au point

Pr Christophe BEDANE

Service de Dermatologie, CHU Limoges, Président de la Société Française de Photodermatologie



La photodermatologie s'intéresse aux interactions entre la peau et le rayonnement UV qu'il soit naturel (le soleil) ou artificiel dans le cadre de la photothérapie médicale.

La Photothérapie médicale

Il existe deux grands types de photothérapies, la photothérapie UVA avec prise de psoralène ou PUVAthérapie, et la photothérapie UVB à spectre étroit. Le psoriasis en est une indication majeure. Malgré le déferlement thérapeutique des biothérapies ces dernières années, il convient de rappeler que les photothérapies permettent en quelques semaines une réduction du score PASI de 85 à 90 % et présentent donc une efficacité supérieure avec un coût de traitement 10 à 30 fois moins élevé. Environ un quart des 3 200 dermatologues français possèdent une cabine de photothérapie, et il est dommage que le taux d'équipement diminue parmi les jeunes générations.

La photothérapie UVB à spectre étroit est dorénavant la photothérapie de première intention dans les psoriasis en plaques étendus. Les modalités de traitement sont variables, mais il est nécessaire de réaliser au moins trois séances par semaine. Les psoriasis épais, ou inflammatoires, ou résistants à la photothérapie UVB peuvent bénéficier de PUVAthérapie. Le risque carcinogène de la photothérapie UVB à spectre étroit est encore mal évalué. Il est probable qu'il soit inférieur à celui de la PUVAthérapie, mais par principe de précaution, les recommandations éditées par la Société Française de Dermatologie en 2010 proposent un nombre maximal de 250 séances par patient pour une vie, tout type de photothérapie confondu.

Les associations thérapeutiques

L'association rétinoïdes/photothérapies est classique et permet d'obtenir une efficacité identique tout en réduisant le nombre de séances d'UV. L'efficacité variable des biothérapies pour les psoriasis sévères a conduit à proposer des associations avec la photothérapie UVB en particulier. On observe globalement une réponse plus rapide au traitement.

Les Photosensibilisations médicamenteuses

Il y a toujours quelque chose de nouveau dans le domaine des photo-allergies médicamenteuses !

Dans le déclenchement d'une photo-allergie, le médicament se comporte comme un haptène qui, en se combinant au rayonnement UV naturel (UVA essentiellement) devient un allergène. Ce phénomène peut déclencher des réactions cutanées redoutables.

Beaucoup de médicaments très courants sont potentiellement photosensibilisants. Citons les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, très utilisés dans la prise en charge des états dépressifs, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) type kétoprofène, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) très prescrits pour le traitement de l'HTA ou encore les statines...

Il est donc particulièrement important de continuer à faire des enquêtes photo-allergiques, alors même que le nombre des centres susceptibles de réaliser ces explorations photobiologiques ne cesse de diminuer en France...

■ Photoprotection et Vitamine D

Nous sommes tous les jours confrontés à des patients qui brandissent un dosage de Vitamine D effondré...

Les conditions et techniques de dosage manquent de rigueur. La littérature foisonne d'études contradictoires sur les risques de survenue de cancer. Et les dermatologues qui prônent une photoprotection efficace sont accusés d'aggraver le déficit en Vitamine D dans la population !

Rappelons que si le rayonnement UV participe à la synthèse de Vitamine D dans l'épiderme, **il n'a jamais été démontré que la photoprotection par filtres ou écrans solaires pouvait induire une carence**. Par ailleurs, les séances d'UVA proposées dans les centres de bronzage ne peuvent certainement pas remonter les taux de Vitamine D lorsqu'ils sont trop faibles.

Revenons donc à une alimentation équilibrée, une exposition solaire modérée et raisonnée, et privilégions une supplémentation orale si les taux de Vitamine D sont trop faibles !

■ La photothérapie dynamique (P.D.T.)

Trois indications avec AMM validées depuis 2006, un médicament disponible dans toutes les pharmacies remboursé par l'Assurance maladie, avec une amélioration du service médical rendu coté à 3, donc important, et toujours pas de cotation de l'acte médical dans le cadre de la CCAM ! S'agit-il d'une incohérence française de plus, d'une volonté de faire disparaître une technique innovante et qui rend beaucoup de services à nos patients ?

Chacun en France a donc développé sa technique de prise en charge, cotation par assimilation, pourtant interdite par certaines caisses d'Assurance maladie, hospitalisations de jour...

Il est indispensable d'obtenir un acte CCAM correctement rémunéré pour l'acte technique de PDT, faute de quoi nous verrons se développer des solutions approximatives comme la photothérapie en lumière naturelle, avec tous les risques de traitement insuffisant pour nos patients...

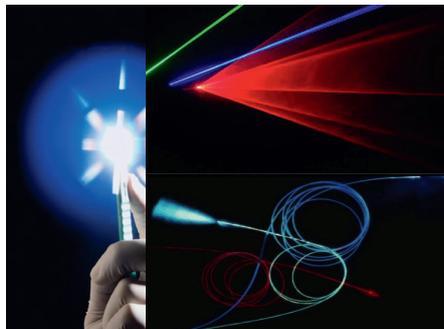
Une évolution des indications tant au niveau médical qu'esthétique

Dr Gérard TOUBEL

Dermatologue, Rennes, Président du Groupe Laser de la Société Française de Dermatologie

Le vieillissement cutané

Prendre en charge le vieillissement du visage reste un acte compliqué, car les possibilités d'intervention se situent sur plusieurs niveaux (peau, graisse, muscles et os). Cette prise en charge peut ainsi impliquer à la fois le chirurgien et le dermatologue et nécessiter une bonne coordination des actes.



Photographie Pr G. Toubel

Pour lui permettre d'agir sur les différentes cibles du vieillissement, le dermatologue dispose de plusieurs « outils » : toxine botulinique, produits de comblement, *fillers* et Lasers ou techniques apparentées. Ces traitements par la lumière exerceront une action selon leur pouvoir de pénétration qu'il faudra donc bien maîtriser.

Ainsi, le choix des techniques et des machines se fera selon les indications et la profondeur d'action souhaitée,

- **La photo-réjuvenation.** Ici, l'objectif est d'éliminer les lésions érythémateuses et pigmentaires, un traitement de surface est donc suffisant et il n'est pas nécessaire d'agir très profondément. Dans cette indication, nous avons à notre disposition de nombreuses machines et ce, depuis longtemps. Cependant, l'action en surface est donc limitée et il ne faut pas en attendre la disparition des rides.
- **Les rides.** Elles nécessitent des Lasers plus « agressifs », tels que les Lasers CO2 fractionnés ou le CO2 *ultrapulse*. Ici, les risques de séquelles pigmentaires sont plus importants. Une autre alternative existe avec les Lasers Erbium fractionnés ou non. Ces appareils « chauffent » plus ou moins le derme et provoquent une production de néo-collagène qui améliore de plus l'aspect de tension cutanée.
- En revanche, si une véritable tension cutanée est recherchée, il faut intervenir beaucoup plus profondément et la lumière ne suffit plus. L'utilisation de la radio-fréquence, qui entraîne une élévation de la température sous-cutanée est une bonne alternative. Cette élévation thermique pourra provoquer une contraction des structures hypodermiques (*septa* fibreux) relâchées avec le temps. Parmi ces techniques de radiofréquence, on privilégiera la monopolaire, car les bi- ou multipolaires pénètrent beaucoup moins profondément. Certains patients n'obtiennent aucun résultat avec cette technique, sans que l'on puisse expliquer cette absence d'efficacité, alors que d'autres bénéficient vraiment d'une ascension des bas-joues avec un effet « *lifting-like* ».
- Pour un effet encore plus en profondeur, les Ultrasons sont utilisés car les dommages thermiques provoqués au niveau des aponévroses musculaires entraînent des zones de nécrose, puis un certain degré de rétraction. Ici, on ne travaille pas trop à l'aveugle car cette machine est couplée à un système d'échographie qui localise la cible à traiter. Cela permet d'agir très précisément en réglant l'appareil en fonction de la profondeur souhaitée.

Qui dit tatouage, dit détatouage...

Le détatouage par Laser déclenché reste d'actualité malgré l'ancienneté de cette méthode (une vingtaine d'années). Les difficultés rencontrées avec certaines couleurs (vert, bleu pâle, jaune...) persistent, en partie parce que l'obtention de ces couleurs nécessite un mélange de pigments qui peut varier selon la marque pour la même couleur.

Il serait souhaitable que les tatoueurs donnent à chaque client un document informant du nom des encres introduites dans la peau. L'idéal serait même de connaître leur composition exacte, afin de prévenir certaines réactions allergiques lorsque le pigment est « éclaté » avec le Laser. Les dermatologues pourraient ainsi anticiper la facilité ou l'impossibilité d'enlever cette couleur.

Cependant, la mise à disposition aux Etats-Unis d'un Laser déclenché de l'ordre de la picoseconde va révolutionner le détatouage. Cette technique serait capable de faire disparaître 98 % des pigments vert et bleu en deux séances seulement, et le noir de type professionnel en quatre séances. Le frein majeur à son utilisation est son prix d'achat, et donc aussi le prix de la séance de détatouage...

■ **Angiomes plans : associer laser et inhibiteur de l'angiogénèse ?**

Le traitement Laser des angiomes plans reste aujourd'hui la seule solution thérapeutique. Mais, même si nous parvenons à être très efficaces dans 25 % des cas, ce score nécessite d'être amélioré. D'autant plus que 22 millions de personnes dans le monde sont concernés par ce problème, avec dans 3/4 des cas une atteinte du visage. En attendant une (r)évolution technologique, la prévention de la néoangiogénèse (qui hélas, se produit après la destruction des vaisseaux) en associant au traitement Laser à colorant pulsé, un inhibiteur de cette néoangiogénèse, permet d'obtenir de meilleurs résultats.

Cependant, ces médicaments donnés par voie orale (rapamycine, ...) ne sont pas dénués d'effets secondaires. C'est pourquoi, l'administration de ces molécules inhibitrices de la néoangiogénèse par voie topique est une option thérapeutique qui fait l'objet d'études en cours, en trouvant la formule idéale pour augmenter leur pénétration cutanée...

■ **Le traitement laser des onychomycoses est d'actualité !**

Le traitement laser des onychomycoses est à la mode actuellement, même si les publications sérieuses ne sont pas si nombreuses. Les industriels mettent en avant cette technique pour sa facilité de mise en œuvre, la parfaite connaissance de la technologie du Laser Nd-YAG et son coût peu onéreux.

Le principe en est que tous les agents pathogènes peuvent être détruits par la chaleur, sauf les prions. Des études ont montré qu'à 42°C, le mycélium est détruit. L'inconvénient de cette technique est la douleur provoquée par l'échauffement pendant un certain temps de la matrice unguéale à cette température. Des études complémentaires avec prélèvements et un suivi de un à deux ans sont nécessaires afin de définir les indications de cette technique par rapport aux traitements locaux et généraux bien validés. Elle a cependant le mérite de ne pas être toxique, de ne pas provoquer d'effet secondaire, hormis la douleur et d'être peu onéreuse.

■ **La photothérapie dynamique (P.D.T.) trouve un nouveau souffle avec la « Day Light Therapy »**

En effet, l'intérêt de la *Day Light Therapy* est sa simplicité de mise en œuvre. Elle consiste à demander aux patients de s'exposer à la lumière du jour (et non plus à une irradiation avec diodes) pendant 2 à 3 heures selon le rayonnement solaire, 30 minutes après l'application d'une crème photosensibilisante.

Cette technique semble aussi performante que l'irradiation classique, et présente l'avantage d'être beaucoup moins douloureuse. Cependant, il est regrettable de ne pas avoir de témoin de la dose reçue selon l'ardeur du soleil. Si cette technique s'affirme, cela résoudra l'absence de cotation actuelle par la Sécurité Sociale de l'irradiation classique (avec les diodes) car l'exposition solaire est naturelle. On pourra donc élargir les indications à un plus grand nombre de patients chauves porteurs de kératoses actiniques multiples, et ce, quelle que soit la localisation géographique du lieu de vie, car ce travail a été initié par une équipe de Copenhague. Et le Danemark n'est pas la région la plus ensoleillée d'Europe...

Maladies rares, dermatite atopique, naevus et protection solaire

Pr Christine BODEMER

Service de Dermatologie, CHU Necker Enfants Malades, Paris, Présidente de la Société Française de Dermatologie pédiatrique

La Société Française de Dermatologie crée un site dédié aux maladies rares en dermatologie



Le ministère de la Santé a développé au niveau national depuis 2004, une structuration de la prise en charge des patients atteints de maladies rares : Plan Maladies Rares 1 (PMR1), PMR2 en cours. Des Centres de Référence (CR) ont été ainsi labellisés pour leur activité dans ce domaine, ainsi que des Centres de Compétence (CC). La Société Française de Dermatologie accompagne ces PMR dans sa discipline, consciente de la nécessité de structurer la prise en charge et la recherche dans le domaine des maladies rares cutanées.

Cette politique active a eu comme résultats la labellisation au niveau national de 6 CR dermatologiques et d'un réseau de CC couvrant le territoire, avec une organisation de fonctionnement en Filière Maladies rares en Dermatologie (FIMARAD). L'année 2012 est marquée par la création du site internet de la FIMARAD, répondant à une demande importante et un réel besoin de la part des patients et des professionnels de santé. Se repérer, trouver les praticiens et les centres de référence pour une prise en charge adaptée, s'informer de façon actualisée sur sa maladie, c'est l'opportunité offerte par le site de la FIMARAD Fimarad.org à tous les soignants et patients concernés à partir du mois de décembre 2012.

Ce site a vocation dans l'avenir à s'articuler avec des réseaux internationaux consacrés à cette thématique maladies rares cutanées.

Dermatite atopique

En France, un nourrisson sur 10 souffre d'eczéma (ou dermatite atopique). Une inflammation cutanée apparaît, responsable de démangeaisons gênantes, voire invalidantes, car elles altèrent le sommeil et perturbent la qualité de vie de l'enfant et donc de sa famille.

Aujourd'hui, on ne peut plus considérer la dermatite atopique comme une mystérieuse fatalité.

En premier lieu, d'importants progrès ont été effectués dans la compréhension de la maladie. Les travaux de recherche montrent que l'eczéma atopique serait la conséquence d'une perméabilité anormale, génétiquement déterminée, de la peau vis-à-vis de l'environnement. Tout se passe comme si la peau de ces nourrissons était trop « poreuse » et laissait traverser irritants et allergènes. Ceux-ci vont stimuler précocement un système immunitaire immature, provoquant une inflammation capable de se pérenniser. De cette meilleure compréhension de la physiopathologie résultent de réelles perspectives thérapeutiques.

Ainsi, des stratégies de traitement efficaces existent. On ne sait pas guérir définitivement l'eczéma, mais on sait « éteindre » les poussées, prévenir et limiter la survenue de poussées inflammatoires ultérieures grâce aux traitements topiques (application bihebdomadaire de dermocorticoïdes ou de tacrolimus). Il est possible aujourd'hui de rassurer les parents face à la crainte qu'ils expriment parfois vis-à-vis de ces traitements.

L'expérience du dermatologue et les études sur ce sujet montrent qu'ils sont efficaces et bien tolérés lorsqu'ils sont bien utilisés.

■ Naevus et prévention du mélanomes, quelle protection solaire dans l'enfance ?

Bien que la survenue de mélanomes soit rarissime durant cette période, l'enfance représente une période de la vie où les conséquences de l'irradiation par les UV se manifestent bien des années plus tard. En effet, il est établi que la notion de coup de soleil grave dans l'enfance représente un facteur de risque avéré de mélanome chez l'adulte.

Il est donc primordial d'effectuer une protection solaire adaptée, non seulement pour les conséquences immédiates de l'exposition UV (coup de soleil), mais aussi pour réduire le risque ultérieur de mélanome. Elle repose en priorité sur des mesures d'éviction (pas d'exposition l'été entre 12:00 et 16:00) et de protection vestimentaire (chapeau et vêtements couvrants). La photoprotection cosmétique (filtres et écrans solaires) constitue un appoint essentiel. Elle est efficace et bien tolérée. Elle sera d'autant plus rigoureuse que le phototype de l'enfant est faible (peau claire, cheveux roux) et la peau naturellement peu protégée des UV.

La présence d'éphélides et de nombreux nævus représentent aussi des facteurs de risque de mélanome, même si celui-ci n'apparaît qu'après la puberté. Rares sont les nævus sur lesquels survient un mélanome, celui-ci apparaissant le plus souvent de *novo*. Les nævus sont le plus souvent absents à la naissance et apparaissent au cours de l'enfance et de la puberté sous l'influence de l'exposition solaire. L'apparition de nouveaux nævus ne constitue donc pas à cet âge le même signal d'alerte que chez l'adulte. Cependant, il reste sage aussi chez l'enfant de faire examiner tout nævus qui s'est modifié.

Actualités et tendances

Dr Thierry MICHAUD

Mulhouse, Président du Groupe Dermatologie esthétique et correctrice de la Société Française de Dermatologie

Corriger sans masquer, pour une approche plus émotionnelle du vieillissement facial

Une prise en charge globale et personnalisée

La prise en charge du vieillissement facial repose actuellement sur un concept mettant en avant la notion de **rajeunissement global, naturel et tridimensionnel du visage**. Au-delà de l'analyse des rides statiques et dynamiques, la volumétrie a permis au médecin de raisonner en trois dimensions, ce qui accroît évidemment la qualité des résultats obtenus. Cette démarche a été rendue possible grâce à une meilleure compréhension de la physiopathologie du vieillissement facial, analysant les quatre composantes anatomiques à prendre en compte (os, graisse, muscles et peau). L'analyse sémiologique aboutit à un **plan de traitement personnalisé avec trois objectifs principaux** : la restauration des volumes du tiers moyen de la face, le rajeunissement du regard et celui de la région buccale et péribuccale.

Le naturel avant tout !

Si nous sommes attentifs aux attentes des patients, il apparaît que la correction des rides ou de la perte des volumes, si elle est parfois verbalisée, ne représente pas forcément leur demande réelle. Ils sont par ailleurs très soucieux de l'obtention d'un résultat naturel, fuyant toute stéréotypie et, *a fortiori*, tout geste occasionnant une modification morphologique de son visage (la bouche par exemple). Plus précisément, la crainte d'un résultat stéréotypé qui n'aurait comme seule finalité que la disparition des rides ou la création de volumes censés correspondre à un idéal de beauté (pommettes par exemple) rebute souvent les patients qui y perçoivent, à juste titre, l'abandon de la personnalisation de leur démarche.

Les expressions négatives du vieillissement : une perte de l'estime de soi

La plainte souvent mise au premier plan n'est pas tant celle des rides ou d'un vieillissement spécifique d'une partie de leur visage, mais bien la perception, par eux-mêmes ou par leur entourage, d'**expressions « négatives »**. Ainsi, « l'épreuve du miroir » exprime le décalage qui peut apparaître entre la perception intime de ce que l'on est et le visage qu'on offre à voir à l'autre ou à soi-même. Ce décalage existe lorsque le visage ne reflète plus son moi intime, mais une expression vécue comme négative et injuste, en rapport avec son vieillissement facial spécifique : tristesse, sévérité, amertume, fatigue, crispation sont les qualificatifs le plus souvent mis en avant. Le caractère « négatif » associé à ces expressions retentit alors sur la relation à l'autre. Il entraîne une perte de l'estime de soi et peut être vécu comme une souffrance.

Le naturel aussi dans les expressions du visage

Un autre intérêt du respect et de la restauration d'une dynamique faciale naturelle est leur prise en compte dans la correction du vieillissement facial. En effet, l'analyse du vieillissement doit comporter l'analyse des mouvements faciaux et les expressions du visage. Il n'est pas rare de constater un bon résultat sur des rides ou des volumes lorsque le visage est au repos, et de s'apercevoir simultanément d'une inadéquation entre la correction statique et les expressions faciales dynamiques.

Respecter les attentes des patients ! Ainsi, la bonne connaissance de la dynamique faciale permet à la fois de mieux prendre en compte les attentes des patients et d'optimiser les résultats dans la prise en charge globale, naturelle et tridimensionnelle du vieillissement de la face.

De la nécessité d'une vigilance en dermatologie esthétique

Dépister les effets indésirables des actes esthétiques

Le Groupe thématique Dermatologie esthétique et correctrice de la Société Française de Dermatologie (gDEC) a été créé en 2007 afin de prendre en compte le versant esthétique et correcteur de notre spécialité. Il le fait à travers une approche médicale, scientifique et éthique qui suppose une parfaite connaissance des produits et dispositifs utilisés, leurs indications, contre-indications et effets secondaires éventuels. Dans ce domaine, qui évolue rapidement avec la mise sur le marché de techniques et/ou produits ne bénéficiant pas toujours d'études scientifiques préalables irréprochables, la prudence est de rigueur. Il est également essentiel de dépister et d'alerter précocement à propos d'éventuels effets indésirables ou inattendus observés. Le gDEC a donc souhaité se doter d'un système de vigilance, VigiDEC, permettant leur déclaration auprès d'un réseau confraternel *via* le site internet du gDEC et, le cas échéant, auprès des autorités sanitaires, en renvoyant les formulaires de pharmacovigilance, de cosmétovigilance ou de matériovigilance disponibles sur le site de l'ANSM.

La dermatologie esthétique : un domaine à part !

Le domaine de la dermatologie esthétique et correctrice est un domaine à part pour le dermatologue pour différentes raisons :

- Les produits ou matériaux utilisés n'ont pas forcément une AMM ou peuvent être utilisés en dehors de l'AMM.
- Ils ne bénéficient pour la plupart que d'un marquage CE : s'il renvoie à des normes européennes harmonisées essentiellement techniques, celui-ci ne représente en aucun cas un indice de sécurité pour le produit en question.
- La responsabilité du médecin est engagée de manière inhabituelle, puisqu'il ne peut s'appuyer sur un contrôle avant commercialisation, comme c'est le cas pour les médicaments avec une AMM.
- L'environnement commercial et concurrentiel est par ailleurs omniprésent dans ce domaine. Les produits et les techniques évoluent très rapidement avec une multiplication des spécialités sans qu'un réel rapport bénéfices/risques puisse être véritablement apprécié dans tous les cas.
- Enfin, le médecin est tenu à une obligation d'information claire et loyale vis-à-vis de son patient qui l'oblige à recueillir toutes les données connues sur les substances et dispositifs utilisés. Cette information sur les potentiels effets secondaires observés n'est pas systématique de la part des firmes distributrices qui obéissent à des règles commerciales. De plus, les informations parvenant au médecin sont souvent retardées par rapport à la survenue des effets secondaires, en dehors de cas nombreux ou graves, comme cela a pu être observé pour les accidents en rapport avec l'injection de produits de comblement non résorbables.

La vigilance médicale en esthétique, une organisation indispensable

Pour toutes ces raisons, dès sa création, le gDEC a choisi de mettre en place une structure de vigilance spécifique : VigiDEC (Vigilance en Dermatologie Esthétique et Correctrice). VigiDEC est un réseau de vigilance confraternelle, basée sur le recueil des données indésirables observées non seulement par les membres du gDEC, mais par tous les médecins qui souhaiteraient rapporter de tels cas. La déclaration est ouverte à tout médecin qui souhaite l'effectuer et se fait *via* le site Internet du gDEC.

Si la vigilance activée confirme ce qui paraît émerger à partir de signaux isolés, une déclaration collective à la vigilance concernée devient alors obligatoire. La diffusion rapide de telles informations en dermatologie esthétique et correctrice permet leur connaissance précoce et d'améliorer ainsi la prise en charge des patients et leur sécurité.

Une réglementation indispensable

L'arsenal réglementaire entourant la pratique des actes esthétiques est actuellement bien codifié : l'information des patients, la réalisation de devis détaillés avant l'acte et la nécessité d'une période de réflexion sont des dispositifs réglementaires destinés à éclairer le consentement du patient et améliorer sa sécurité.

L'esthétique, un acte médical dont le rapport bénéfices/risques doit être évalué. Les complications potentielles des produits injectables sont un sujet d'actualité et il est indispensable de bien les connaître dans un souci de prévention, de diagnostic et de prise en charge précoces. De façon plus générale, elles posent le problème de l'évaluation des techniques en dermatologie esthétique et correctrice. **Ces techniques (et notamment les techniques émergentes) sont d'authentiques actes médicaux** dont tous les paramètres, notamment l'efficacité et le rapport bénéfices/risques, doivent être évalués par des essais contrôlés et diffusés dans une littérature médicale de qualité. Dans un domaine où les techniques évoluent rapidement, il s'agit là d'une démarche nécessaire dans le cadre de la sécurité des patients, souvent confrontés à des arguments parfois commerciaux sans réelle évaluation scientifique. L'esthétique doit être abordée avec la même rigueur scientifique que les autres champs de la dermatologie.

Une démarche préventive encore difficile malgré des progrès dans la compréhension de la physiopathologie

Pr Annick BARBAUD

Service de Dermatologie, CHU Nancy, Présidente du Groupe de Dermato-allergologie de la Société Française de Dermatologie

Dermato-allergologie

La législation européenne peine à faire reculer le risque d'allergies de contact.

En effet, malgré les directives européennes visant à interdire certains allergènes (parabens, colorants, diméthylfumarate, etc.), leur utilisation persiste et la fréquence des réactions allergiques cutanées ne diminue pas. Les exemples sont nombreux :



Patch-test positif au diméthylfumarate
Photographie Pr A. Barbaud

- Le diméthylfumarate (DMFu) est interdit en France et en Europe depuis 2009 suite à l'apparition de réactions cutanées allergiques sévères. Cependant, certains produits importés contenant du DMFu (chaussures, vêtements) parviennent encore à passer les frontières et peuvent être responsables d'allergies cutanées de contact.
- De même, en dépit d'une interdiction d'application sur la peau, les pseudo-tatouages provisoires continuent d'être réalisés avec un colorant noir normalement utilisé pour les colorations capillaires, la **paraphénylènediamine**, entraînant de fortes réactions allergiques cutanées.

- Malgré les normes visant à réduire la quantité de nickel potentiellement relarguée par les objets pouvant entrer en contact avec la peau (bijoux, boutons ou boucles métalliques, etc.), le pourcentage de sujets sensibilisés au **nickel** en Europe ne diminue pas... Mais d'autres objets de grande consommation, non identifiés préalablement comme potentiellement responsables de sensibilisation au nickel, font leur apparition : une étude danoise a montré que sur 50 téléphones portables pris au hasard au Danemark, 9 (18 %) contenait un taux très élevé de nickel.

Après la suppression des parabens, un nouveau conservateur est très utilisé et génère un grand nombre de sensibilisations. Il s'agit de la **methylisothiazolinone**. Elle est utilisée dans les produits de toilette (savons, shampooings), les produits ménagers (produits pour la vaisselle, liquides nettoyeurs des surfaces) et les produits professionnels, mais une grande source d'exposition ne doit pas être oubliée : **les lingettes nettoyantes !**

Prudence avec les huiles essentielles !

L'environnement moderne est riche en huiles essentielles qui sont utilisées pour leurs vertus supposées apaisantes, relaxantes, dynamisantes ou curatives. Qu'elles soient utilisées à titre personnel ou professionnel (allergie des mains chez les masseurs utilisant des huiles essentielles dans les huiles de massage), les allergies de contact ne sont pas rares. Les sujets dont l'allergie aux parfums est reconnue, doivent la signaler avant d'avoir recours et d'être exposés aux huiles essentielles.

Les réactions observées peuvent être sévères, notamment en cas d'absorption et d'application conjointes : l'huile essentielle de Nigelle (ou cumin noir, parfois appelée herbe du prophète) peut alors déclencher des réactions bulleuses cutanées graves à type de syndrome de Stevens-Johnson.

Faut-il rendre obligatoire l'étiquetage des dispositifs médicaux ?

Si l'information sur la composition complète des médicaments et des cosmétiques est obligatoire, l'**étiquetage des dispositifs médicaux s'avère être très insuffisant**, pourtant les renseignements fournis permettent aux patients sensibilisés d'éviter le contact avec un excipient ou un conservateur qu'ils ne tolèrent pas. Malheureusement, les dispositifs médicaux échappent à l'obligation d'étiquetage. C'est ainsi que certains produits utilisés pour hydrater la peau ou pour traiter les ulcères de jambe ne sont pas soumis à l'obligation d'information sur la composition des produits, à cause de cette législation propre aux dispositifs médicaux.

Eczéma chronique des mains, une prise en charge spécifique.



Eczéma chronique des mains
Photographie Pr A. Barbaud

Les patients atteints d'**eczéma chronique des mains**, en particulier s'il est d'origine professionnelle, doivent bénéficier d'une prise en charge spécifique qui comprend nécessairement un bilan allergologique, ainsi qu'une éducation et une information spécifiques afin de leur apprendre à protéger leurs mains et à prévenir les récives. De plus, les traitements topiques disponibles jusqu'à maintenant se sont enrichis d'une nouvelle alternative thérapeutique : un rétinoïde par voie orale récemment commercialisé.

Toxidermies

Une meilleure approche de la physiopathologie et une meilleure coordination des soins, mais une démarche préventive encore difficile

Les toxidermies sont des éruptions cutanées déclenchées par l'exposition par voie systémique à un médicament. Certaines peuvent être graves parfois mortelles.

Il semble que certaines toxidermies graves (DRESS syndrome) associent dans leur mode de survenue, **une hypersensibilité à un médicament et une forte réactivation de certains virus** de la grande famille des Herpès virus.

Par ailleurs, certaines réactions médicamenteuses cutanées graves surviendraient aussi sur des **terrains génétiques** prédisposés. Malheureusement, aujourd'hui il reste difficile d'identifier les patients à haut risque de réaction, car les prédispositions génétiques sont propres à un médicament et à une origine ethnique donnée.

Les services de dermatologie français se sont organisés en réseau national pour la prise en charge des toxidermies graves. Ils coordonnent les soins avec les différentes équipes intervenant à un moment donné de l'évolution, comme les réanimateurs, les ophtalmologistes ou les psychologues. Cette coordination des soins permet de limiter les douleurs et les séquelles, et d'abaisser le taux de mortalité de ces accidents. Ainsi en France, les dermatologues assurent une prise en charge globale des patients atteints de toxidermies, que ce soit du début de l'éruption aux conseils précis à donner vis-à-vis des médicaments qui leur seront prescrits ultérieurement et aux futurs bilans allergologiques lorsqu'ils sont nécessaires. Ils travaillent en étroite collaboration avec les centres régionaux de pharmacovigilance.

Tests allergiques cutanés médicamenteux et protocoles d'induction de tolérance médicamenteuse, dans quels cas ?

Les **tests allergiques cutanés médicamenteux** réalisés dans un grand nombre de services de dermatologie permettent de détecter quel est le médicament responsable, en particulier en cas de réaction sévère. Dans les toxidermies non graves (urticaire, éruption cutanée isolée), ces tests, quand ils sont négatifs, permettent de décider et de guider la réintroduction du médicament sous surveillance hospitalière. Lorsque le test de réintroduction mené en milieu hospitalier est négatif, la reprise du médicament ultérieurement ne déclenche pas d'accident allergique grave.

Des réactions d'intolérance immédiates pseudo-allergiques peuvent être déclenchées par **les chimiothérapies**, qu'elles soient classiques ou plus innovantes (thérapies ciblées). Pour ces situations délicates où la poursuite du traitement est parfois cruciale, il existe maintenant **des protocoles d'induction de tolérance** des médicaments à effectuer en milieu de soins intensifs. Ils permettent pour un grand nombre de patients, de poursuivre la chimiothérapie qui, sans ce type de protocoles, aurait été interrompue.

Les antibiotiques et les anti-inflammatoires ne sont pas les seuls responsables de toxidermies.

La responsabilité des antibiotiques et des anti-inflammatoires dans le déclenchement de toxidermies est bien connue. Cependant, certains produits ou médicaments peuvent également être fréquemment en cause.

L'**allopurinol** est responsable de toxidermies graves. C'est pourquoi, ses conditions et indications de prescription ont été revues par l'Agence nationale de sécurité des médicaments (ANSM).

Les **produits de contraste iodés** injectés lors des examens radiographiques peuvent aussi déclencher des réactions allergiques immédiates ou retardées. Les tests cutanés sont alors une aide au diagnostic et à l'identification d'un produit de remplacement. Ces hypersensibilités immédiates ne sont pas dues à l'iode lui-même, mais à l'activation du système du complément ou des granulocytes basophiles et des mastocytes. Des réactions allergiques tardives aux produits de contraste radiologique, médiées par les cellules T ont été observées.

Cette année, deux études ont montré que les **inhibiteurs de pompe à protons** (médicaments utilisés pour prévenir l'ulcère de l'estomac) pouvaient être en cause dans des réactions allergiques immédiates (urticaire, chute tensionnelle), mais aussi dans des toxidermies graves comme les DRESS.

La cancérologie cutanée et le psoriasis à l'honneur

Pr Laurent MACHET

Service de Dermatologie, CHU Tours

Un comité indépendant procède à la sélection des communications scientifiques. Elle est drastique : les résumés sont lus de façon anonyme et notés par trois lecteurs. Soixante pour cent des résumés ont été refusés cette année, non par manque de qualité, mais en raison de contraintes de temps (le congrès dure 4 jours) et de place. Les thèmes sont très variés : cancérologie, infectiologie, allergologie, épidémiologie, thérapeutique, diagnostic (imagerie, histopathologie), médecine interne, maladies inflammatoires, dermatologie pédiatrique, etc.

Cette année, les thèmes les plus innovants et faisant l'objet du nombre le plus élevé de communications, concernent la cancérologie cutanée et le psoriasis, grâce à des avancées thérapeutiques et des connaissances épidémiologiques nouvelles.

Cancérologie cutanée

Le mélanome est le principal responsable de la mortalité par cancer cutané avec 1 500 décès par an en France. Sa fréquence continue de croître.

Réduire l'incidence du mélanome

Réduire l'incidence du mélanome implique une connaissance des risques et, cela n'est pas le moindre enjeu, une modification du comportement des groupes à risques. Le changement des habitudes d'exposition solaire (expositions solaires intermittentes et intenses, cabines à UVA) est le facteur environnemental principal d'augmentation de la fréquence. L'éducation de la population, et parmi elle, surtout des groupes à risque (peau claire, coups de soleil faciles, nombreux grains de beauté, antécédents personnels ou familiaux de mélanome) représente un enjeu de santé publique. Les campagnes menées durant les deux dernières décennies ont amélioré le niveau d'information : une enquête auprès d'un échantillon « représentatif » de 1 502 personnes l'a montré, puisque 60 % connaissent la règle ABCDE. Cependant, des points restent à améliorer : 25 % pensent que les autobronzants protègent des UV et 13 % que l'exposition aux UVA en cabine protège du cancer cutané ! Une autre partie de cette étude a concerné l'exposition aux UVA et a montré que 10 % des personnes interrogées avaient eu recours aux UVA en cabine. Cette consommation importante était plus élevée chez les sujets à peau claire (donc à risque). Paradoxalement, les adeptes des séances d'UV avaient une meilleure connaissance du risque solaire que les non-utilisateurs ; il s'agissait aussi plus souvent de femmes jeunes avec une motivation esthétique.

La connaissance du risque n'est donc pas nécessairement associée à la réduction de l'exposition au risque : il reste du travail pour modifier les comportements. En revanche, en interrogeant leurs parents, l'enquête a montré un bon niveau de connaissance du risque solaire plus élevé chez les enfants.

Dépister précocement pour réduire la mortalité

Le dépistage précoce du mélanome est un élément important pour améliorer le pronostic, puisque l'on guérit d'un mélanome de moins 1 mm d'épaisseur dans plus de 90 % des cas, alors que le pourcentage de guérison pour un mélanome de 4 mm d'épaisseur diminue à 50 % des cas. Le dépistage par le dermatologue (intérêt de la règle du « vilain petit canard ») et par le médecin généraliste est fondamental. A ce titre, la diminution du nombre des dermatologues pose problème. En effet, l'épaisseur moyenne des mélanomes au moment du diagnostic est plus élevée dans les zones à faible densité démographique de dermatologues (comme le Nord-Est), et où le dépistage est effectué plus souvent par des médecins généralistes.

Les avancées thérapeutiques pour le mélanome métastatique

La médiane de survie d'un patient atteint de mélanome au stade de métastases viscérales est de 8 mois. Jusqu'à récemment les chimiothérapies conventionnelles n'amélioraient pas ce pronostic. Des nouveaux médicaments ciblant des antigènes tumoraux (BRAF, CKIT, MEK) ou des récepteurs impliqués dans la réponse immunitaire anti-tumorale (CTLA-4, PD1, PD1-L) ont été développés ces deux dernières années, apportant un allongement significatif de la survie globale, mais avec un échappement après plusieurs mois, d'où la mise en œuvre d'essais internationaux multicentriques avec associations de deux thérapies ciblées, dans lesquelles des dermatologues de plusieurs centres français ont pris une part prépondérante. Les résultats de plusieurs de ces études seront communiqués lors de ces Journées dermatologiques de Paris. Des effets secondaires nouveaux sont décrits avec chacune de ces thérapies ciblées et seront également rapportés.

Autres pathologies malignes

De nombreuses autres communications sont consacrées aux carcinomes basocellulaires (traitement par vismodegib), épidermoïdes (sur-risque chez les greffés pulmonaires en raison de l'immunosuppression, mais aussi du voriconazole), aux lymphomes cutanés, et à la réduction des marges dans le traitement chirurgical des sarcomes de Darier-Ferrand.

Le psoriasis

Comorbidités et facteurs de risque

Maladie chronique fréquente (2 à 4 % de la population), elle affecte notablement la qualité de vie, et peut être associée à une atteinte rhumatologique, à un surpoids et à une comorbidité cardio-vasculaire.

Plusieurs études rapportent les liens entre psoriasis et surconsommation d'alcool, tabagisme, existence d'un syndrome métabolique. L'association de deux facteurs de risque de mortalité cardio-vasculaire entraîne un sur-risque cardio-vasculaire chez ces patients. Ces co-morbidités sont donc à rechercher systématiquement et des mesures de prévention et de traitement doivent être proposées aux patients

De nouvelles thérapeutiques

Dans la dernière décennie, les anti-TNF ont pris une place importante dans le traitement des patients insuffisamment améliorés par les autres thérapeutiques locales ou systémiques (photothérapie, méthotrexate, rétinoïdes, ciclosporine). Leur efficacité dans le psoriasis pustuleux est notamment démontrée dans une communication. Cependant, de nouveaux effets secondaires ont également été décrits à type de pelade, névrites optiques, vascularite.

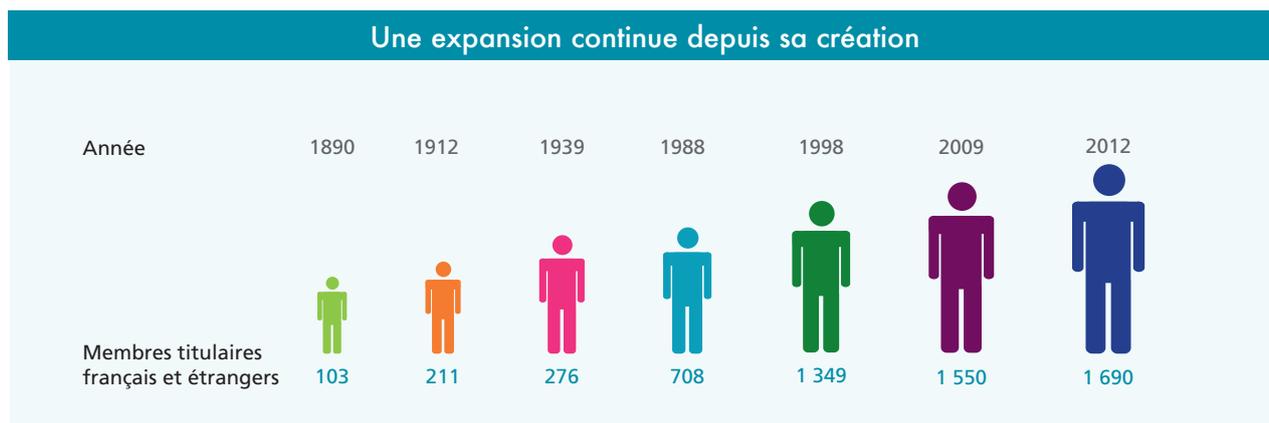
Une nouvelle classe thérapeutique plus récente, les anti-IL12/IL23, indiquée chez les patients en échec des autres traitements, incluant la résistance anti-TNF, a montré une efficacité chez 13 des 15 patients ainsi traités. C'est donc une nouvelle famille thérapeutique dans la prise en charge du psoriasis, avec de plus, une bonne tolérance à moyen terme (5 ans).

Mieux connaître la Société Française de Dermatologie et de pathologie sexuellement transmissible

UNE ASSOCIATION SCIENTIFIQUE HISTORIQUE

Association reconnue d'utilité publique par décret le 12 Janvier 1895, la Société Française de Dermatologie et de Pathologie Sexuellement Transmissible (SFD) a été fondée le 22 juin 1889 sous le nom de Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie. Elle est actuellement administrée par un Conseil d'Administration comprenant 21 dermatologues libéraux, hospitaliers et hospitalo-universitaires, renouvelés par tiers chaque année qui élisent les membres du Bureau : le Président, 3 Vice-présidents, le Secrétaire Général et le Trésorier.

UNE EXPANSION CONTINUE DEPUIS SA CREATION



LES GROUPES THEMATIQUES DE LA SFD

L'existence au sein de la SFD de nombreux groupes thématiques qui ont chacun un intérêt particulier dans un domaine précis de la spécialité et leur fonctionnement propre est une de ses particularités.

Composés de dermatologues cliniciens, hospitalo-universitaires, libéraux et de chercheurs, ils permettent un partage d'expérience et la mise en place d'études multicentriques autour de thèmes communs.

Ces groupes ont permis d'insuffler une réelle énergie, tout particulièrement dans le domaine de la recherche clinique et de la formation. Ils témoignent de la diversité des domaines d'intérêt des dermatologues et du dynamisme de la dermatologie française.

TROIS GRANDES MISSIONS

La SFD a pour objectifs de promouvoir la dermatologie française dans la communauté médicale et scientifique française et internationale, que ce soit à travers le soutien de la recherche médicale, le développement de la formation continue ou l'évaluation des soins.

LA RECHERCHE MEDICALE

Aider au développement de la recherche médicale clinique, biologique et fondamentale dans les domaines de la dermatologie et des infections sexuellement transmissibles, est une des priorités de la SFD, puisqu'une part importante de son budget y est consacrée (850 000 euros par an). Afin de favoriser la recherche en dermatologie hospitalière et libérale, le Conseil scientifique de la SFD attribue chaque année des bourses destinées à soutenir des projets de recherche clinique ou clinico-biologique dont la thématique doit être centrée sur l'étude d'une pathologie dermatologique et/ou de sa physiopathologie. Huit bourses pour le soutien à la formation à la recherche en Dermatologie sont aussi attribuées annuellement pour permettre à des dermatologues diplômés ou en cours de formation, d'effectuer un stage de recherche fondamentale ou de recherche clinique dans le cadre d'une formation de type Master-2 ou Doctorat ou Post-doctorat.

EVALUATION ET RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE

L'amélioration continue de la pratique professionnelle en Dermatologie est également un des objectifs que s'est fixé la SFD. L'évaluation des soins, notamment des innovations diagnostiques et thérapeutiques, les actions de santé publique, de prévention et d'épidémiologie et l'élaboration de recommandations professionnelles sont l'expression de cette volonté. Différentes conférences de consensus et des recommandations pour la pratique ont été réalisées sur des sujets importants de dermatologie tels que l'herpès cutanéomuqueux, l'urticaire chronique, la dermatite atopique, les carcinomes baso-cellulaires, les carcinomes épidermoïdes et le mélanome.

L'association **Recommandations en Dermatologie (aRED)** de la SFD a été créée afin de promouvoir les principes et les outils de la médecine basée sur les preuves, la réalisation de revues systématiques, de recommandations et de guides pratiques grâce à des actions de formation, l'attribution de bourses, la participation aux groupes de recommandations et la publication d'une rubrique dédiée à la médecine basée sur les preuves dans les Annales de Dermatologie et de Vénérologie. L'aRED collabore étroitement avec le satellite Français du groupe Skin de la Collaboration Cochrane récemment créé.

La SFD est un partenaire actif des organismes publics, en particulier de l'INSERM et l'Agence Nationale de la Recherche, de l'Institut National du Cancer pour l'organisation des soins en cancérologie, et de la Haute Autorité de Santé pour l'évaluation des pratiques professionnelles et les recommandations pour la pratique.

LA FORMATION CONTINUE

Les Journées Dermatologiques de Paris

Plus de 4 000 dermatologues s'y retrouvent chaque année en décembre. De nombreuses thématiques cliniques, thérapeutiques et de recherche sont abordées, réalisant une Formation Médicale Continue de haut niveau avec l'organisation d'ateliers pratiques, de séances de FMC, de communications scientifiques et de présentations de posters.

Les Journées de Dermatologie Interventionnelle de Paris

Partage de l'expertise de chacun des trois groupes thématiques - Dermatologie Chirurgicale, Laser et Dermatologie Esthétique et Correctrice - par des sessions transversales conjointes, ces journées ont pour ambition de réunir les médecins dermatologues, mais aussi les médecins spécialistes impliqués dans le domaine de la dermatologie interventionnelle et esthétique. Elles abordent les aspects fondamentaux, scientifiques et pratiques des différentes facettes de la dermatologie interventionnelle sous la forme de communications scientifiques, de formations médicales pratiques et de symposiums.

Les Quatre Saisons de la Dermatologie

Quatre séances à thème ont lieu chaque année un jeudi en janvier, mars, juin et octobre, à Paris. Durant ces réunions, des communications libres ou thématiques sont présentées, ainsi qu'une conférence par un orateur invité français ou étranger. Ces conférences sont systématiquement retransmises sur le site internet de la SFD. Organisées par le Comité des programmes des 4 Saisons, les réunions « du jeudi » de la Société ont été l'occasion de multiples descriptions de nouvelles maladies, de formes cliniques particulières ou de nouveautés thérapeutiques.

Les Annales de Dermatologie et de Vénérologie

Revue périodique officielle de la SFD, les Annales présentent des travaux originaux et des articles de formation consacrés à la dermatologie, aux maladies sexuellement transmissibles et à la biologie cutanée. Les 12 numéros annuels sont également consultables en ligne.

Les sites internet de la SFD



Le site professionnel de la SFD vous permet d'accéder à toutes les informations concernant les activités menées par la SFD et à l'actualité en dermatologie. La SFD vous offre ainsi une information scientifique de référence adaptée à la pratique en dermatologie. sfdermato.com



Offrir aux patients et au grand public une information utile, accessible et de qualité en dermatologie est essentiel pour la Société Française de Dermatologie. C'est pourquoi le site dermato-info.fr destiné au grand public, apporte à vos patients une information validée et actualisée sur la peau saine, les pathologies cutanées les plus fréquentes, leur prévention et leur prise en charge. Au quotidien, il peut être un outil de travail complémentaire en le conseillant aux patients. dermato-info.fr



Le site de la Filière Maladies Rares en Dermatologie (FIMARAD) pour les professionnels de santé et les patients, est un répertoire et un site de référencement des maladies rares en Dermatologie afin de tout connaître sur les centres de Référence Maladies Rares en France. fimarad.org

Bureau de la SFD

Pr Jean Philippe LACOUR : Président
Prs François AUBIN, Olivier CHOSIDOW, Michel d'INCAN : Vice-présidents
Dr Sandra LY : Trésorier
Pr Christine BODEMER : Secrétaire Général

Contact presse

Dr Brigitte ROY-GEFFROY
b.royeffroy@sfdermato.com - Tél. : 06 80 21 08 03

Contact JDP

Sylvie FOJUTOWSKI
jdp@sfdermato.com - Tél. : 01 43 27 01 67

Comité d'organisation JDP

Pr Christophe BÉDANE
Pr Florent GRANGE
Dr Manuelle VIGUIER

Société Française de Dermatologie

Maison de la Dermatologie
25, rue La Boétie - 75008 Paris
Tél : 01 43 27 01 56 - Fax : 01 43 27 01 86
secretariat@sfdermato.com
www.sfdermato.com
www.dermato-info.fr

LA MAISON DE LA DERMATOLOGIE

CONSTRUIRE ENSEMBLE LA DERMATOLOGIE DE DEMAIN

Il est essentiel que les instances de la Dermatologie puissent échanger et œuvrer de façon complémentaire tout en permettant à chaque structure de conserver son identité propre et ses missions spécifiques.

C'est pour répondre à cette exigence que la Société Française de Dermatologie a créé LA MAISON DE LA DERMATOLOGIE.

Rencontrer, échanger et dialoguer

La Société Française de Dermatologie (SFD), le Collège des Enseignants de Dermatologie de France (CEDEF), la Fédération Française de Formation Continue et d'Évaluation en Dermatologie et Vénéréologie (FFFCEDV), et le Syndicat National des Dermatologues Vénéréologues (SNDV), peuvent s'y réunir, partager leur expérience et leurs domaines de compétences. Elle est ainsi le siège du Conseil de Coordination de la Dermatologie (CCD) qui fédère les quatre instances depuis 2010.

LA MAISON DE LA DERMATOLOGIE offre aussi aux dermatologues la possibilité de rencontrer, de communiquer et de dialoguer avec tous leurs interlocuteurs et partenaires – institutionnels, industriels, représentants des patients et des usagers, journalistes... pour une meilleure lisibilité de notre discipline.

Elle permet enfin aux Groupes Thématiques de la SFD de s'y réunir pour assurer leur mission essentielle : animer la recherche en dermatologie.

Accompagner, organiser et mettre en œuvre

Gérée par la Société Française de Dermatologie, elle est animée par Marie-Jo Dinant et Sylvie Fojutowski (Journées Dermatologiques de Paris) qui assistent les dermatologues pour le fonctionnement, l'organisation et la mise en œuvre des actions communes.

Adresse :

25, rue La Boétie - 75008 Paris

Tél : 01 43 27 01 67 / 01 43 27 01 56

Fax : 01 43 27 01 86

jdp@sfdermato.com (Journées Dermatologiques de Paris),

secretariat@sfdermato.com (Société Française de Dermatologie)

www.sfdermato.com - www.dermato-info.fr

JOURNEES DE DERMATOLOGIE INTERVENTIONNELLE DE PARIS

CHIRURGIE, LASER, DERMATOLOGIE ESTHÉTIQUE ET CORRECTRICE



JDIP2013

CHIRURGIE - LASER - DERMATOLOGIE ESTHÉTIQUE ET CORRECTRICE

13 - 15 juin 2013
Palais des Congrès de Paris



www.jdip2013.com

Contact presse

Dr Brigitte Roy-Geffroy

Société Française de Dermatologie

b.roygeffroy@sfdermato.com

06 80 21 08 03

Secrétariat du Congrès

JDIP2013 - c/o MCI France
24 rue Chauchat
75009 Paris
Tél. : +33 (0)1 53 85 82 76
Fax : +33 (0)1 53 85 82 83
Email : info@jdip2013.com

Présidente du Congrès

Claire Beylot (Bordeaux)

Comité d'Organisation

Jean-Yves Bailly (Toulouse)
Jean-Philippe Lacour (Nice)
Thierry Michaud (Mulhouse)
Marie-Aleth Richard (Marseille)
Gérard Toubel (Rennes)

Thèmes principaux

La chirurgie de l'ongle et de l'oreille
La volumétrie faciale
La région péri buccale
Le traitement de l'ovale du visage
Les complications en Dermatologie Interventionnelle,
prévention et gestion