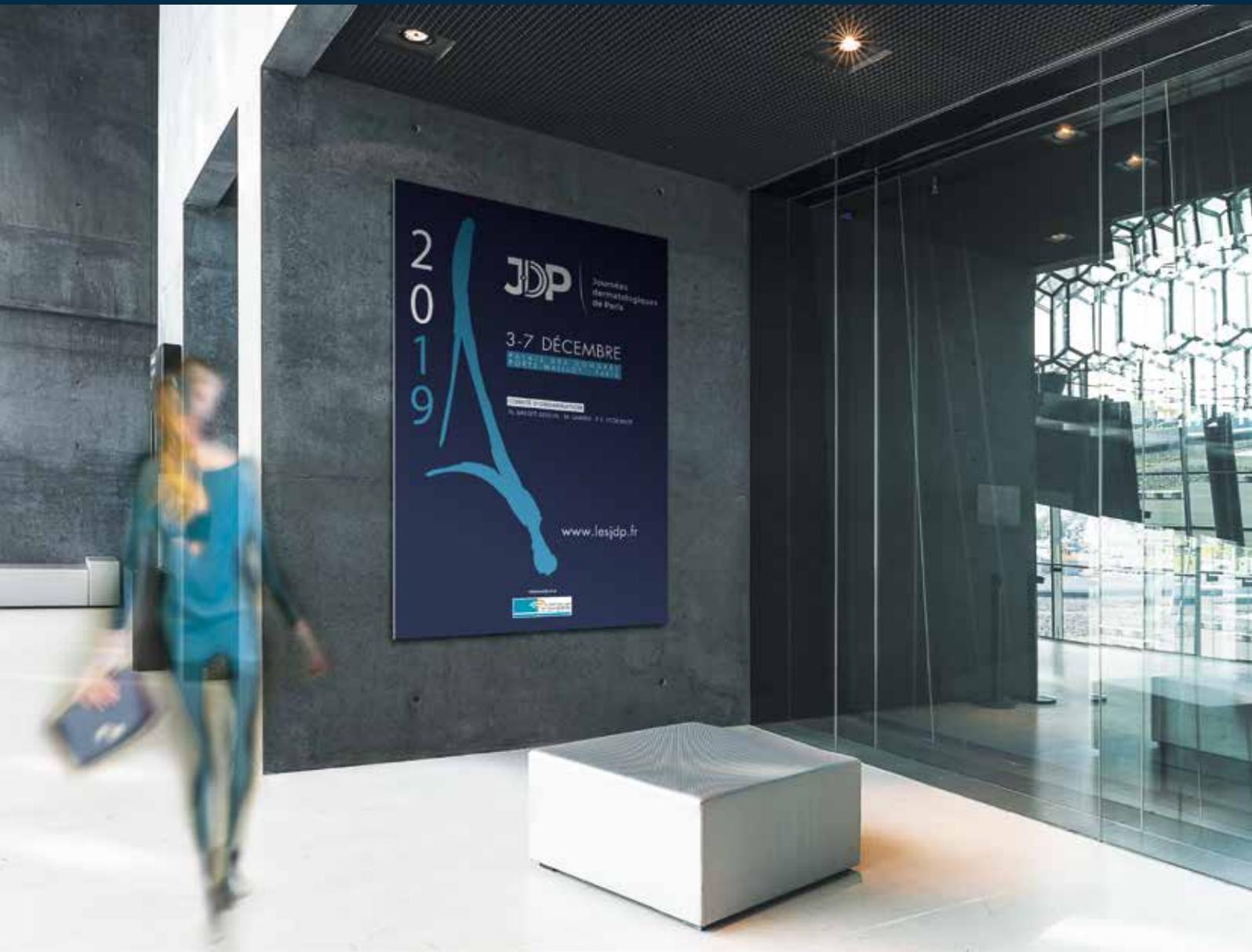


DOSSIER DE PRESSE



JOURNÉES DERMATOLOGIQUES DE PARIS

– ÉDITION 2019 ■ 3-7 DÉCEMBRE 2019 –

2
0
1
9



Journées
dermatologiques
de Paris

3-7 DÉCEMBRE

PALAIS DES CONGRÈS
PORTE MAILLOT - PARIS

COMITÉ D'ORGANISATION

N. BASSET-SEGUIN - M. SAMIMI - P-E. STOEENR

www.lesjdp.fr

ORGANISÉES PAR

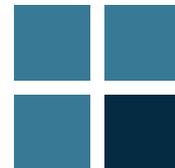


SOMMAIRE



■ ÉDITORIAL Professeur Marie BEYLOT-BARRY	1
■ FICHE I ■ Le Centre de Preuves de la SFD Professeur Olivier CHOSIDOW	2/4
■ FICHE II ■ L'Urticaire Chronique Spontanée (UCS) Professeur Annabel MARUANI	5/7
■ FICHE III ■ Des recommandations pratiques pour la prise en charge de l'Hidradénite Suppurée (HS) inédites en France Docteur Jean-François SEÏ	8/9
■ FICHE IV ■ La prévention du vieillissement cutané du visage chez des femmes jeunes, un nouvel enjeu pour les dermatologues Docteur Thierry MICHAUD	10/12
■ FICHE V ■ Microbiome, microbiotes, bactériophages : quand les micro-organismes deviennent nos alliés Docteur Bruno SASSOLAS	13/15
■ FICHE VI ■ Les réseaux sociaux dans la peau Docteur Nicolas KLUGER	16/19
■ FICHE VII ■ La vaccination anti-HPV en 2019 : un état des lieux Professeur François AUBIN	20/22
■ FICHE VIII ■ Recommandations françaises du psoriasis modéré à sévère Professeur Manuelle VIGUIER	23/27
■ FICHE IX ■ Implants, prothèses, nouveaux dispositifs médicaux : que répondre à nos malades allergiques ? Docteur Françoise GIORDANO-LABADIE	28/31
■ FICHE X ■ Maladie de Lyme : actualités en 2019 Docteur Cédric LENORMAND	32/35
■ FICHE XI ■ Place des inhibiteurs de JAK en Dermatologie : présent et avenir Professeur Julien SENESCHAL	36/37
■ FICHE XII ■ Perturbateurs Endocriniens (PE) dans les cosmétiques Professeur Annick BARBAUD	38/41
■ FICHE XIII ■ Actualités sur la prise en charge des vulvodynies Docteur Jean-Noël DAUENDORFFER	42/43
■ FICHE XIV ■ Dermatologie cosmopolite et des voyages Professeur Éric CAUMES et Docteur Gentiane MONSEL	44/49
■ MIEUX CONNAÎTRE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE	50/52





Mesdames, Messieurs,

Créée le 22 juin 1889, la Société Française de Dermatologie fête ses 130 ans d'existence cette année. Depuis sa création, la SFD s'est fixée comme objectif de promouvoir la Dermatologie au sein de la communauté médicale nationale et internationale.

Au fil des années, elle n'a cessé de soutenir la recherche et l'innovation, d'accompagner l'amélioration des connaissances et des pratiques professionnelles au bénéfice des patients, en s'appuyant sur la complémentarité des dermatologues libéraux et hospitaliers.

La recherche est au cœur des objectifs de la SFD, qui y consacre chaque année plus de 60 % de son budget en particulier pour le financement de projets de recherche et de bourses de formation à la recherche. Pour élargir ses sources de financement et avoir les moyens de soutenir des projets plus ambitieux, la SFD s'est doté d'un Fonds de dotation pour soutenir, promouvoir et valoriser la recherche en Dermatologie et en pathologie sexuellement transmissible. Il a également vocation d'informer sur la recherche en Dermatologie, en particulier au travers d'un site internet dédié, présentant les avancées de la recherche et les projets soutenus en cours ou réalisés. Grâce au Fonds de dotation de la SFD, il est possible pour tous, au travers des dons, de participer à cet effort collectif pour la recherche en Dermatologie.

En 2015, la SFD a initié la création du Centre de Preuves en Dermatologie avec la signature d'une convention entre le Collège des Enseignants en Dermatologie de France (CEDEF), la Fédération Française de Formation Continue et d'Évaluation en Dermatologie-Vénéréologie (FFFCEVDV), la Société Française de Dermatologie (SFD) et la Haute Autorité de Santé (HAS). Le Centre de Preuves en Dermatologie a pour mission de fournir une aide à la décision en Dermatologie à partir de l'analyse des données de la littérature en élaborant des recommandations. Ses autres missions sont de proposer des pistes d'amélioration, d'être force de propositions sur des stratégies thérapeutiques non couvertes et de répondre à des questions « brûlantes » d'intérêt pour la spécialité. Pour la diffusion des savoirs actualisés, il élabore des outils modernes adaptés à la pratique médicale quotidienne.

La Dermatologie est une discipline très riche avec un large périmètre d'exercice. Pour couvrir tous les champs de la spécialité, la SFD ne compte pas moins d'une trentaine de Groupes thématiques allant de la cancérologie cutanée, à la dermatologie esthétique et correctrice ou la réflexion éthique en Dermatologie. Ces groupes sont à l'origine de projets de recherche, de publications internationales, d'actions pédagogiques et pour plusieurs, de réseaux d'expertise et de discussion de dossiers pour améliorer la prise en charge des patients.

La SFD met tout en œuvre pour répondre aux défis et aux enjeux majeurs de la Dermatologie de demain, que sont la recherche et l'innovation, la Formation médicale continue, les bonnes pratiques professionnelles et l'organisation de la prise en charge des maladies de peau.

Je vous donne donc rendez-vous aux Journées Dermatologiques de Paris, qui auront lieu du 3 au 7 décembre 2019 au Palais des Congrès de Paris.

**Professeur Marie BEYLOT-BARRY, Dermatologue,
Présidente de la Société Française de Dermatologie.**



■ LE CENTRE DE PREUVES EN DERMATOLOGIE

D'après un entretien avec le Professeur Olivier CHOSIDOW, Dermatologue, Président du Centre de Preuves en Dermatologie de la Société Française de Dermatologie.

DES DONNÉES DE LA SCIENCE À L'APPLICATION PRATIQUE CHEZ LES PATIENTS. LE CENTRE DE PREUVES EN DERMATOLOGIE : UN NOUVEAU OUTIL D'AIDE À LA DÉCISION POUR LES DERMATOLOGUES ET LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Les Autorisations de Mise sur le Marché (AMM) des médicaments sont données dans un périmètre thérapeutique bien précis, très souvent dans une seule indication sans prendre en compte les stratégies thérapeutiques globales.

Le développement des médicaments est dans l'immense majorité des cas réalisé par l'industrie pharmaceutique et ne peut couvrir tous les besoins de santé. Enfin, certains médicaments ont trouvé d'autres indications que l'AMM initiale ce qui est souvent le cas en Dermatologie.

Les recommandations émises par les agences de Santé ne peuvent pas couvrir toutes les indications et toutes les pathologies, certaines étant prioritaires par rapport à d'autres (alzheimer versus acné). De plus, il leur est difficile d'actualiser régulièrement les avis d'experts et les recommandations émises.

Les ruptures de stock de médicaments se multiplient, entraînant des difficultés de prise en charge thérapeutique et nécessitant de valider des choix alternatifs.

Face à cet état des lieux et pour tenter de répondre à ces problématiques, donner accès à des outils d'aide à la décision thérapeutique adaptés à la pratique clinique était donc un véritable défi à relever.

C'est pourquoi, la SFD a initié la création du Centre de Preuves en Dermatologie en avril 2015 avec la signature d'une convention entre le Collège des Enseignements en Dermatologie de France (CEDEF), la Fédération Française de Formation Continue et d'Évaluation en Dermatologie-Vénéréologie (FFFCEDV), la Société Française de Dermatologie (SFD) et la Haute Autorité de Santé (HAS).



QUOI DE PLUS DIFFICILE QUE DE DÉCRYPTER LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE POUR FAVORISER L'APPLICATION DE DONNÉES DE LA SCIENCE ADAPTÉES À LA PRATIQUE AU QUOTIDIEN ?

L'objectif du Centre de Preuves est d'analyser la littérature existante sur des sujets importants pour la prescription (prise en compte, par exemple, de l'impact sur la qualité de vie...) puis de proposer des pistes d'amélioration et d'être force de propositions sur des stratégies thérapeutiques non couvertes, ou de pouvoir répondre à des questions « brûlantes » d'intérêt pour la spécialité, en diffusant des savoirs actualisés avec des outils modernes :

- Création d'algorithmes décisionnels et de vignettes cliniques dans des domaines divers comme l'acné.
- Suivi des alertes sanitaires.
- Identification des problématiques thérapeutiques de la spécialité, bases de réflexion des futures recommandations.

Les professionnels de santé peuvent ainsi avoir accès à des productions de qualité et utiliser des outils de santé essentiels avec une réelle facilité d'appropriation et d'application pour le plus grand bénéfice des patients.

Les recommandations sont délivrées via des outils qui facilitent l'interaction avec les professionnels de santé, mais également avec les patients.

En 2019, le Centre de Preuves a déjà émis des recommandations sur la prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes en partenariat avec la SPILF et un avis d'expert sur le traitement de l'alopecie féminine diffuse : quelle place pour l'Androcur® ?

Les deux prochaines recommandations à suivre fin 2019, porteront sur la prise en charge de l'Hidradénite suppurée (HS) (également connue sous le nom de maladie de Verneuil) et sur l'Urticaire Chronique Spontanée (UCS).

Le Centre de Preuves travaille d'ores et déjà sur d'autres recommandations (programme 2020-2021), comme la gale chez l'enfant de moins de 15 kg, l'urticaire au froid, la dermatite atopique, les carcinomes basocellulaires et souhaite actualiser des recommandations existantes (acné, psoriasis, mélanome métastatique...).



À PROPOS DU CENTRE DE PREUVES EN DERMATOLOGIE

NOS MISSIONS

Son objectif est de confronter toutes les sources d'informations, d'intégrer les données factuelles et données d'experts, afin de produire des recommandations sur des questions pratiques applicables par les dermatologues praticiens.

Au-delà de la production de recommandations et de leurs actualisations, le Centre de Preuves souhaite mettre à disposition des dermatologues des outils d'aide à la décision thérapeutique :

- La production de recommandations selon la méthodologie proposée par la Haute Autorité de Santé (incluant un groupe de travail en charge de la rédaction, exempt de lien d'intérêt).
- La veille bibliographique.
- Les réponses rapides à des questions spécifiques sur des indications thérapeutiques particulières.
- La diffusion des productions du Centre de Preuves et de tous documents apportant des informations de type analyse de la littérature sous réserve de leur réalisation selon les méthodes adoptées par le Centre de Preuves et de l'accord des auteurs (éditeurs).
- L'évaluation de l'impact des recommandations.
- La formation à la méthodologie.

QUI SOMMES-NOUS ?

- Président : Olivier CHOSIDOW.
- Secrétaire : Florence CORGIBET.
- Trésorière : Ève PÉPIN.
- Webmaster : Guillaume CHABY.
- Coordinatrice : Sandra MAVOUNGOU.
- Membres du groupe : Sébastien BARBAROT, Marie BEYLOT-BARRY (Présidente de la SFD), Guillaume CHABY, Olivier CHOSIDOW, Florence CORGIBET, Nicolas DUPIN, Bernard GUILLOT, Pascal JOLY, Denis JULLIEN, Nicole JOUAN, Annabel MARUANI, Ève PÉPIN, Émilie SBIDIAN, Jean-François SEÏ, Patricia SENET, Manuelle VIGUIER.



PLUS D'INFORMATIONS :

<https://www.sfdermato.org/site/centre-de-preuves-en-dermatologie.html>



■ L'URTICAIRE CHRONIQUE SPONTANÉE (UCS)

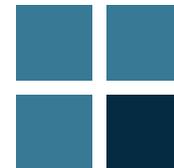
D'après un entretien avec le Professeur Annabel MARUANI, Dermatologue et Présidente du groupe de travail sur l'Urticaire Chronique Spontanée du Centre de Preuves en Dermatologie de la Société Française de Dermatologie.

Les dernières recommandations françaises sur l'Urticaire Chronique Spontanée (UCS) sont anciennes et n'intègrent pas les nouveaux médicaments. C'est pourquoi le groupe de travail du Centre de Preuves de la SFD a réalisé une mise au point des traitements médicamenteux et non médicamenteux¹ utilisés dans l'UCS chez l'adulte et l'enfant, sur la base d'une analyse rigoureuse des données de la littérature.

Le groupe de travail² sur l'UCS, présidé par Annabel MARUANI, est composé de 8 membres, médecins de spécialités différentes, confrontés à l'UCS, dépourvus de conflit d'intérêt avec les sociétés de l'industrie pharmaceutique commercialisant des produits pour l'UCS. Ce groupe a réalisé l'analyse de la littérature, puis 9 experts français de la maladie ont été interrogés. Le document final a été relu et noté par un panel pluridisciplinaire d'une trentaine de praticiens de santé (dermatologues, immuno-allergologues, pédiatres etc.) et de 2 personnes atteintes de la maladie.



1. À l'exclusion des anti-H1 à dose AMM chez le sujet de plus de 12 ans ainsi que les traitements non médicamenteux répandus en Occident et les traitements utilisant des herbes asiatiques, produits tropicaux et acupuncture.
2. GT dépourvu de tout conflit d'intérêt vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique et de la pharmacovigilance.



QU'EST-CE QUE L'UCS ?

L'urticaire se manifeste cliniquement par une éruption papuleuse, érythémateuse, prurigineuse et fugace. Elle peut être superficielle (œdème dermique superficiel) ou profonde (angio-œdème dermo-hypodermique). Environ 50 % des urticaires, toutes formes confondues, se présentent sous la forme d'urticaires superficielles isolées, 40 % sont associées à des angio-œdèmes (AO) et 10 % sont sous forme d'AO isolés [Cicardi, 2014]. L'urticaire disparaît sans laisser de cicatrice, ni de pigmentation résiduelle. L'urticaire chronique est définie par une évolution par poussées quotidiennes ou quasi-quotidiennes depuis au moins 6 semaines.

Les symptômes de l'urticaire chronique (UC) sont secondaires à l'activation des mastocytes cutanés, qui a trois conséquences :

- ❶ Dégranulation avec relargage de médiateurs, dont l'histamine.
- ❷ Synthèse secondaire de leucotriènes et de prostaglandines.
- ❸ Synthèse de cytokines et de chimiokines.

Les UC sont classées en 2 catégories, selon qu'elles sont « inductibles » (UCI) c'est-à-dire provoquées par un stimulus externe reproductible au contact de la peau (friction, effort, pression, froid, rayonnement solaire, chaleur, vibrations etc.), ou « spontanées » (UCS), sans intervention d'un stimulus externe et non reproductibles par des tests de provocation.

QUELLE EST LA PRÉVALENCE ?

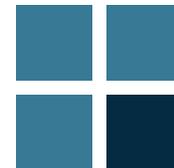
La prévalence de l'UC n'est pas précisément connue. Elle toucherait environ 1 personne sur 10 au cours de sa vie, plus fréquemment les femmes et la majorité des patients qui consultent en centre spécialisé ont moins de 40 ans. L'incidence de l'UC a été peu étudiée, mais elle est estimée à environ 1,9 % personnes-année. Chez l'enfant, elle semble plus rare, mais les données épidémiologiques sont peu nombreuses.

QUELS SONT LES TRAITEMENTS DE L'UCS ?

Plusieurs traitements sont utilisés dans l'UCS. L'UCS dure entre 1 et 4 ans en moyenne, que le traitement soit poursuivi ou non, mais un certain nombre de patients ont encore des symptômes après dix ans d'évolution. L'objectif du traitement est de supprimer les symptômes urticariens et d'améliorer la qualité de vie des malades. À ce jour en France, seules 2 classes thérapeutiques ont une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans l'UCS :

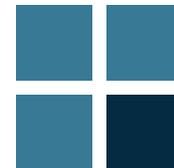
- Les antihistaminiques anti-H1 (anti-H1) à dose conventionnelle (une prise par jour), dont certains ont également une autorisation de mise sur le marché (AMM) chez l'enfant.
- L'omalizumab, un anticorps monoclonal humanisé se fixant sur les IgE sériques (nouvelle classe pharmaco-thérapeutique dans le traitement de l'asthme), qui a une autorisation en adjonction d'anti-H1, chez l'adulte et l'adolescent à partir de 12 ans insuffisamment répondeurs aux anti-H1.

Par ailleurs, il existe d'autres molécules utilisées et modalités d'utilisation hors AMM dans cette indication (ciclosporine, méthotrexate, montélukast, anti-H1 à doses multiples...).



QUELS SONT LES POINTS-CLÉS DE LA RECOMMANDATION ?

- ① Les anti-H1 à la dose conventionnelle sont efficaces et bien tolérés. Ils constituent ainsi le traitement de première intention de l'UCS.
- ② En seconde intention, le GT recommande d'augmenter les doses d'anti-H1.
- ③ Il n'a pas été montré que l'adjonction d'un anti-H2 à un anti-H1 soit efficace pour le traitement de l'UCS. Dans leur pratique, certains experts ajoutent un anti-H2 en cas de symptomatologie digestive associée.
- ④ L'adjonction de montélukast à un anti-H1 n'a pas prouvé d'efficacité non plus. Dans leur pratique, certains experts ajoutent un anti-H2 en cas de terrain atopique.
- ⑤ Les corticoïdes, souvent utilisés dans l'UCS, ne sont pas recommandés, mais il existe peu d'études.
- ⑥ La ciclosporine peut être utilisée dans le traitement de l'UCS réfractaire en adjonction aux anti-H1, en cas d'échec des anti-H1 à quadruple dose, si l'UCS est invalidante et en l'absence de contre-indication. Ce traitement n'a toutefois pas l'AMM dans cette indication.
- ⑦ L'omalizumab en adjonction aux anti-H1 est plus efficace qu'un placebo chez les patients adultes atteints d'UCS ayant une réponse insuffisante aux anti-H1 à doses variables. La dose d'AMM d'omalizumab est de 300 mg/4 semaines. La majorité des experts privilégient l'omalizumab sur la ciclosporine, en association à une quadruple dose d'anti-H1 pour traiter les UCS résistants aux anti-H1 seuls.
- ⑧ Les données de la littérature ne permettent pas de recommander l'utilisation du méthotrexate, de l'hydroxychloroquine, de la dapsons, de la sulfasalazine, de la vitamine D en supplémentation systématique, de la miltéfosine et de la photothérapie NB-UVB.
- ⑨ Un régime d'éviction alimentaire systématique n'est pas recommandé dans l'UCS, car il ne s'agit pas d'une allergie alimentaire.
- ⑩ Les approches psychothérapeutiques : il n'y a pas de niveau de preuve suffisant pour recommander ces traitements à titre systématique dans l'UCS.



■ DES RECOMMANDATIONS PRATIQUES POUR LA PRISE EN CHARGE DE L'HIDRADÉNITE SUPPURÉE (HS) PRATIQUES EN FRANCE

*D'après un entretien avec le Docteur Jean-François SEÏ,
Dermatologue et Président du groupe de travail Hidradénite Suppurée
du Centre de Preuves en Dermatologie de la Société Française de Dermatologie.*

Jusqu'à présent, l'Hidradénite Suppurée (HS) ne faisait l'objet d'aucune recommandation française et les recommandations existantes n'établissaient pas de véritable hiérarchisation des thérapies disponibles.

C'est chose faite maintenant grâce au groupe de travail du Centre de Preuves en Dermatologie (CDP) car cette pathologie, du fait de sa complexité et des difficultés de sa prise en charge, s'inscrit dans les objectifs du CDP. Cette recommandation était très attendue afin d'apporter une aide concrète aux professionnels de santé dans leur pratique quotidienne.

La « recommandation HS » vise à mieux faire connaître l'affection en facilitant son approche diagnostique et à présenter un arbre décisionnel pour adapter les traitements à l'état évolutif du patient.

Le groupe de travail sur l'HS composé de 13 membres, a été présidé par Jean-François SEÏ. L'avis de 5 experts reconnus de cette affection a été recueilli ainsi que celui d'un groupe de relecture constitué à partir d'un panel pluridisciplinaire de 36 médecins indépendants.

QU'EST-CE QUE L'HIDRADÉNITE SUPPURÉE (HS) OU MALADIE DE VERNEUIL ?

L'Hidradénite Suppurée (HS) est une maladie cutanée inflammatoire chronique caractérisée par l'apparition de nodules et d'abcès douloureux évoluant vers la suppuration, la fistulisation et la constitution de cicatrices.

Les localisations préférentielles sont la région périnéale et les grands plis. La maladie évolue par poussées douloureuses, le plus souvent suppuratives, plus ou moins espacées ou sur un fond continu.

QUELLE EST LA PRÉVALENCE DE L'HIDRADÉNITE SUPPURÉE ?

La prévalence de l'HS est estimée à 0,7 % dans la population européenne. Cette maladie survient le plus souvent après la puberté et touche préférentiellement les femmes (sexe-ratio de 3 pour 1). Environ 1/3 des patients rapportent une histoire familiale d'HS.

Le délai au diagnostic est élevé, environ 8 ans, associé à une errance médicale très pénible pour les patients atteints.



COMMENT SE MANIFESTE LA MALADIE ?

La maladie commence généralement après la puberté et se manifeste par des nodules sous la peau. Au fur et à mesure de la progression de la maladie, ces nodules deviennent douloureux. Puis, la plupart des nodules évoluent vers la suppuration avec la formation d'abcès.

Ceci mène à la formation chronique de cavités d'où s'écoule un liquide constitué de sang et de pus. La répétition des poussées inflammatoires peut aboutir à la formation de plaques « dures » et de cicatrices hypertrophiques dans les zones touchées. Les principales zones de localisation sont les aisselles, l'intérieur des cuisses, le périnée, l'anus, les mamelons, les plis sous-mammaires, les fesses et la région autour du pubis.

QUELLE EST SON ÉVOLUTION ? COMMENT SE CLASSIFIE-T-ELLE ?

La sévérité de l'atteinte et l'évolution de la maladie de Verneuil sont imprévisibles et variables d'une personne à l'autre. L'évolution se fait par poussées inflammatoires douloureuses. Les patients alternent entre poussées et rémissions. Cette maladie altère fortement la qualité de vie personnelle, sociale et professionnelle en raison des douleurs, du suintement des lésions, de la contrainte des pansements à renouveler et de l'odeur parfois présente.

Le score de Hurley définit 3 stades de l'HS qui évaluent cliniquement la sévérité de l'atteinte, sans pour autant aider à la décision thérapeutique. Le fil conducteur de cette recommandation très attendue a été de définir les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données et d'apporter ainsi enfin une aide concrète aux professionnels de santé dans leur pratique quotidienne.

Après analyse de la littérature et actualisation des données, le Centre de Preuves de Dermatologie propose des schémas thérapeutiques adaptés à la situation clinique de chaque patient sous forme d'un algorithme thérapeutique à six entrées qui prend en compte plusieurs critères dont le grade de Hurley, le nombre de poussées annuelles et les pathologies associées.

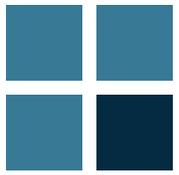
Chaque professionnel de santé et chaque patient peut avoir accès à ces recommandations validées par les experts du Centre de Preuves en Dermatologie.

La création d'un mini-site décisionnel dédié à l'Hidradénite Suppurée permet une meilleure appropriation par les professionnels de santé, (lien ci-dessous).



PLUS D'INFORMATIONS :

<https://reco.sfdermato.org/fr/recommandations-hidradénite-suppurée>



■ LA PRÉVENTION DU VIEILLISSEMENT CUTANÉ DU VISAGE CHEZ DES FEMMES JEUNES, UN NOUVEL ENJEU POUR LES DERMATOLOGUES

*D'après un entretien avec le Docteur Thierry MICHAUD,
Dermatologue, Past-Président du Groupe Dermatologie esthétique et correctrice de la SFD.*

Les dermatologues sont de plus en plus sollicités par des demandes émanant de patientes jeunes (28 -30 ans / Génération Millennials) qui souhaitent prévenir et retarder le plus possible le vieillissement cutané du visage tout en recherchant un résultat le plus naturel possible.

Pour les dermatologues, ce nouvel enjeu « prévenir et accompagner le vieillissement facial de patientes encore peu ou pas du tout marquées par le vieillissement » constitue en soi une modification et une adaptation des méthodes et des techniques utilisées jusqu'à présent.

Depuis une dizaine d'années, une meilleure connaissance des mécanismes physiologiques du vieillissement facial a permis d'affiner la prise en charge de sa correction. Depuis peu, l'intérêt se porte sur sa prévention.

L'expérience clinique suggère certes depuis longtemps que le début précoce du traitement permettrait de retarder ce vieillissement et cette suggestion a été confirmée par des publications récentes qui nous encouragent dans cette voie prometteuse.





QUELS SONT CES TRAITEMENTS PRÉVENTIFS ?

Une récente publication¹ a étudié l'intérêt de la prévention et de la correction précoce du vieillissement facial et propose des recommandations pour une telle prise en charge.

Celles-ci visent à la fois à corriger les premiers signes de vieillissement et à prévenir leur progression.

Les traitements vont concerner les rides fines statiques et dynamiques, les sillons, les anomalies de pigmentation de la peau, sa laxité ainsi que les pertes de volume.

Ils peuvent être résumés en quatre points :

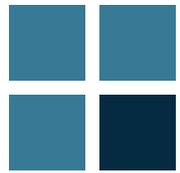
- ❶ Protection de l'épiderme et du derme (protection solaire, éviction du tabac etc.).
- ❷ Stimulation de la néocollagénèse par la cosmétologie active (acide rétinoïque etc.), ou méthodes physiques (micro-needling, peelings, lasers ablatifs ou non ablatifs etc.).
- ❸ Réduction de l'hyperkinésie musculaire par la toxine botulinique.
- ❹ Maintien des structures profondes de soutien (fillers en injections profondes afin de restaurer les pertes de volume graisseux superficielles et profondes, suppléer à la perte osseuse etc.).

Nous disposons actuellement de nombreuses techniques visant à corriger et à prévenir le vieillissement facial. Elles s'appuient sur une meilleure connaissance des mécanismes du vieillissement qui a permis de préciser et d'affiner leurs rôles respectifs et leur complémentarité.

Leurs résultats restent cependant très opérateur-dépendants et leurs indications se situent dans un espace intime forcément très subjectif dans lequel vont se croiser et idéalement se rejoindre la conception esthétique du patient et celle du médecin.



1. IanDau m, ananD C, Besins t et al. First consensus on primary prevention and early intervention in aesthetic medicine. J Drugs Dermatol, 2017 ; 16:846-854.

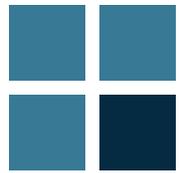


POUVEZ-VOUS NOUS DONNER LES RÈGLES À RESPECTER POUR UNE PRÉVENTION RÉUSSIE ?

Cinq principes devraient idéalement être respectés :

- ➊ Débuter précocement afin de mettre en place une prévention plus efficace.
- ➋ Obtenir des résultats naturels est la règle en France en respectant la dynamique faciale qui détermine les expressions faciales émotionnelles. L'utilisation de toxine botulinique est incontournable et entraîne une grande satisfaction du patient quant aux résultats obtenus (amélioration des rides). Son utilisation doit être adaptée à l'âge et au maintien naturel du visage.
- ➌ Prévenir et corriger les expressions faciales négatives. L'âge peut parfois conférer au visage des « expressions négatives » comme la fatigue, la tristesse, l'amertume ou encore la sévérité. La lecture émotionnelle par l'entourage en est faussée et ces expressions négatives peuvent avoir un impact sur l'estime de soi et la qualité de la vie sociale. La majorité des demandes va vouloir estomper ce décalage entre l'image et la personnalité pour retrouver un visage positif.
- ➍ Utiliser des produits adaptés. Les fillers et l'acide hyaluronique vont nous permettre de créer des volumes, traiter des creux ou des sillons, lifter le visage, combler les sillons nasogéniens et les plis d'amertume. Pour chaque région faciale, il est maintenant possible d'établir un véritable cahier des charges rhéologiques en termes de viscosité, d'élasticité, d'hydrophilie et d'intégration tissulaire qui permet une correction idéale en statique et en dynamique.
- ➎ Accompagner le vieillissement. La prévention du vieillissement facial peut commencer très tôt, aux abords de la trentaine, dès l'apparition des premiers signes de vieillissement, en statique et en dynamique : augmentation de la laxité cutanée, apparition des premières rides fines d'expression, creusement des sillons, relâchement des structures molles, perte des volumes. Cependant, la prévention du vieillissement du visage est aussi envisageable, même débutée beaucoup plus tard, avec une très bonne efficacité.

Prévenir ou ralentir le vieillissement facial correspond actuellement à une demande croissante de la part des patientes, y compris des patientes jeunes. Répondre à cette demande est un enjeu auquel sont confrontés les dermatologues. C'est désormais possible grâce à un panel de techniques qui doivent être choisies et adaptées en fonction du stade du vieillissement cutané, de l'âge de la patiente, en tenant compte aussi de la part d'appréciation subjective du résultat et en respectant les expressions naturelles du visage.



■ MICROBIOME, MICROBIOTES, BACTÉRIOPHAGES : QUAND LES MICRO-ORGANISMES DEVIENNENT NOS ALLIÉS

*D'après un entretien avec le Docteur Bruno SASSOLAS,
Dermatologue, Département de Médecine Interne et Pneumologie, CHRU Brest,
Geneviève HERY-ARNAUD, Microbiologiste, CHRU Brest¹,
Rozenn LE BERRE, Infectiologue, CHRU Brest².*



Nous pouvons le dire maintenant, l'Homme est un être hybride, composé pour moitié de cellules humaines et pour moitié de micro-organismes qui le colonisent.

Ces communautés microbiennes forment, ce que l'on appelait autrefois la microflore, qu'il convient d'appeler à présent le microbiote.

Celui-ci n'est cependant pas unique, mais multiple et surtout différent selon les topographies et/ou les organes concernés : peau, tube digestif, arbre respiratoire, muqueuse buccale, muqueuse génitale...

Ces microbiotes humains font, depuis quelques années maintenant, l'objet d'intenses recherches, rendues possibles grâce aux progrès techniques, notamment par le séquençage haut débit, couplé aux méthodes actuelles d'analyse bio-informatique des génomes.

L'étude des microbiotes chez l'Homme, en particulier du microbiote intestinal, a permis de comprendre le rôle bénéfique des bactéries qui colonisent l'organisme humain et vivent en symbiose avec celui-ci.

Ces études ont également permis d'apporter de nouvelles hypothèses physiopathologiques pour des pathologies qui représentent des problèmes de santé publique, comme le diabète, l'obésité, le cancer, mais aussi pour les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, les maladies auto-immunes, voire certains troubles du comportement (autisme, dépression), sans oublier les pathologies dermatologiques, qui nous intéressent tout particulièrement.

Si le microbiote intestinal reste le mieux décrit, d'autres microbiotes sont tout aussi intéressants. Ainsi, l'étude du microbiote cutané ouvre un nouveau champ d'investigations dans le vaste domaine des maladies dermatologiques.

1. Microbiologiste, Département de Bactériologie-Virologie, Hygiène et Parasitologie-Mycologie, CHRU Brest, UMR1078 « Génétique, Génomique Fonctionnelle et Biotechnologies », INSERM, Université de Brest, EFS, IBSAM, Brest.

2. Infectiologue, Département de Médecine Interne et Pneumologie, CHRU Brest, UMR1078 « Génétique, Génomique Fonctionnelle et Biotechnologies », INSERM, Université de Brest, EFS, IBSAM, Brest.



LA PEAU : UN MILIEU MICROBIEN

Elle constitue une interface et joue le rôle de barrière impénétrable entre le milieu extérieur aérien, microbien et hostile et le milieu intérieur, hydrique que l'on qualifie de stérile.

D'une surface moyenne de 1,7 à 1,8 m² selon le sexe, notre peau héberge 1 million de bactéries par cm² soit 1,8 x 10⁴ millions au total. Chez un individu, ces bactéries sont diversifiées et représentent plusieurs centaines d'espèces.

Le développement du microbiote cutané est reconnu pour être influencé par les conditions de vie et cela dès la naissance, le mode d'accouchement (voie basse ou césarienne) donnant une orientation différente à la flore prédominante.

Il existe des variations intra et inter-individuelles, qui dépendent des facteurs d'environnement (humidité, exposition à la lumière, aux radiations, aux détergents...) et aussi du statut de l'hôte (âge, sexe, génotype).

Au sein du microbiote cutané, nous reconnaissons une flore résidente et une flore transitoire, qui vivent en perpétuel équilibre, pour jouer leur rôle de protection.

Nous trouvons sur la peau, trois environnements écologiques principaux, aux richesses microbiennes différentes :

- ① Zones sèches.
- ② Zones humides.
- ③ Zones sébacées.

LES INTERACTIONS HÔTES-MICROBES : UNE NÉCESSITÉ

Cet écosystème complexe et dynamique, présent à la surface de la peau, interagit de façon cruciale et permanente avec le système immunitaire cutané, pour assurer le rôle de défense et de réparation tissulaire.

Il est essentiel à ce propos de se convaincre, à la lecture de résultats d'investigations sur des modèles animaux, que le développement et la maturation du système immunitaire restent dépendants de la colonisation microbienne de l'espèce.

De même, la différenciation des lymphocytes T CD4⁺ en lymphocytes Th1, Th2, Th17 ou T-régulateurs, fait intervenir la flore commensale.



NOS MICROBIOTES ET LES PATHOLOGIES DERMATOLOGIQUES

Nous développerons principalement les travaux qui ont concerné les investigations du microbiote cutané, mais aussi digestif, dans le champ des pathologies dermatologiques inflammatoires chroniques (psoriasis, eczéma), des pathologies infectieuses (acné...) et aussi de l'oncodermatologie, pour lequel nous découvrons depuis peu, que le microbiote intestinal, joue un rôle dans la tolérance, mais aussi dans l'efficacité thérapeutique des immunothérapies spécifiques, à action inhibitrice des points de contrôle.

Ainsi, par les fonctions physiologiques qu'il remplit, l'étude et la connaissance du microbiote cutané, véritable organe en interaction avec son organe hôte, la peau, ouvriront dans un futur proche des perspectives nouvelles et inattendues pour exercer une Médecine globale et personnalisée, que ce soit en termes de diagnostic, de pronostic et de traitement.

RÉFÉRENCES :

- Kong HH, Segre JA. The Molecular Revolution in Cutaneous Biology: Investigating the Skin Microbiome. *J Invest Dermatol.* 2017 May;137(5):e119-e122.
- Lebaron P, Bourrain M. La peau : un écosystème microbien. *Ann Dermatol Venereol.* 2017 Jan;144 Suppl 1:S35-S41.
- Kong HH, Andersson B, Clavel T, Common JE, Jackson SA, Olson ND, Segre JA, Traidl-Hoffmann C. Performing Skin Microbiome Research: A Method to the Madness. *J Invest Dermatol.* 2017 Mar;137(3):561-568.
- Musthaq S, Mazuy A, Jakus J. The microbiome in dermatology. *Clin Dermatol.* 2018 May - Jun;36(3):390-398.
- Balato A, Cacciapuoti S, Di Caprio R, Marasca C, Masarà A, Raimondo A, Fabbrocini G. Human Microbiome: Composition and Role in Inflammatory Skin Diseases. *Arch Immunol Ther Exp.* 2019 Feb;67(1):1-18.
- Barbarot S, Aubert H. Physiopathologie de la dermatite atopique. *Ann Dermatol Venereol.* 2017 Jan;144 Suppl : S14-S20.
- Byrd AL, Belkaid Y, Segre JA. The human skin microbiome. *Nat Rev Microbiol.* 2018 Mar;16(3):143-155.
- Frelinger JA. Big Data, Big Opportunities, and Big Challenges. *J Invest Dermatol Symp Proc.* 2015 Nov;17(2):33-5.
- Muszer M, Noszczyńska M, Kasperkiewicz K, Skurnik M. Human Microbiome: When a Friend Becomes an Enemy. *Arch Immunol Ther Exp.* 2015 Aug;63(4):287-98.
- Gopalakrishnan V, Spencer CN, Nezi L, Reuben A, Andrews MC, Karpinets TV, Prieto PA, Vicente D, Hoffman K, Wei SC, Cogdill AP, Zhao L, Hudgens CW, Hutchinson DS, Manzo T, Petaccia de Macedo M, Cotechini T, Kumar T, Chen WS, Reddy SM, Szczepaniak Sloane R, Galloway-Pena J, Jiang H, Chen PL, Shpall EJ, Rezvani K, Alousi AM, Chemaly RF, Shelburne S, Vence LM, Okhuysen PC, Jensen VB, Swennes AG, McAllister F, Marcelo Riquelme Sanchez E, Zhang Y, Le Chatelier E, Zitvogel L, Pons N, Austin-Breneman JL, Haydu LE, Burton EM, Gardner JM, Sirmans E, Hu J, Lazar AJ, Tsujikawa T, Diab A, Tawbi H, Ghitza IC, Hwu WJ, Patel SP, Woodman SE, Amaria RN, Davies MA, Gershenwald JE, Hwu P, Lee JE, Zhang J, Coussens LM, Cooper ZA, Futreal PA, Daniel CR, Ajami NJ, Petrosino JF, Tetzlaff MT, Sharma P, Allison JP, Jenq RR, Wargo JA. Gut microbiome modulates response to anti-PD-1 immunotherapy in melanoma patients. *Science.* 2018 Jan 5;359(6371):97-103.
- Vétizou M, Pitt JM, Daillère R, Lepage P, Waldschmitt N, Flament C, Rusakiewicz S, Routy B, Roberti MP, Duong CP, Poirier-Colame V, Roux A, Becharef S, Formenti S, Golden E, Cording S, Eberl G, Schlitzer A, Ginhoux F, Mani S, Yamazaki T, Jacquelot N, Enot DP, Bérard M, Nigou J, Opolon P, Eggermont A, Woerther PL, Chachaty E, Chaput N, Robert C, Mateus C, Kroemer G, Raoult D, Boneca IG, Carbonnel F, Chamaillard M, Zitvogel L. Anticancer immunotherapy by CTLA-4 blockade relies on the gut microbiota. *Science.* 2015 Nov27;350(6264):1079-84.



■ LES RÉSEAUX SOCIAUX DANS LA PEAU : INFOS OU INTOX ?

*D'après un entretien avec le Docteur Nicolas KLUGER,
Dermatologue, Hôpital Bichat-Claude-Bernard et Hôpital Universitaire d'Helsinki, Finlande.*

L'arrivée d'Internet dans les années 1990 a radicalement changé les relations entre les patients et les médecins. Les patients bénéficient d'un accès facile et immédiat à l'information médicale et peuvent aussi commenter et échanger entre patients leurs expériences et vécus sur les forums grand public.

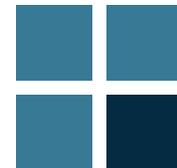
En 1997, les premiers Réseaux Sociaux (RS) sont apparus. Malgré une structure commune, les RS ont chacun leurs particularités, avantages et inconvénients. Leur nature et nomenclature peuvent varier d'un site à l'autre. Ils vieillissent (Facebook a été créé en 2004), s'essouffent et doivent s'adapter aux nouvelles générations.

Selon une étude du Pew Research Center¹ datant d'avril 2018, 95 % des adolescents américains ont accès à un smartphone et 45 % admettent être en ligne sur les RS en permanence. Youtube (85 %), Instagram (72 %), Snapchat (69 %) sont dans le trio de tête.

Selon l'agence Tiz, le nombre d'utilisateurs actifs des RS en France serait entre 6,8 millions (Linkedin) et 35 millions (Facebook).



1. <https://www.pewinternet.org/2018/05/31/teens-social-media-technology-2018/>



Que nous adhérions ou pas, les réseaux sociaux nous offrent une nouvelle façon de communiquer avec les patients d'une manière plus égalitaire et sans paternalisme.

Cette nouvelle situation permet de fournir des informations et de promouvoir la santé en dehors du cadre médical classique (consultations ou faculté de Médecine).

Tout dermatologue peut tirer parti des réseaux sociaux pour renforcer sa représentation en ligne et s'ouvrir à de nouvelles opportunités, mais aussi, lutter contre les fakenews qui peuvent induire en erreur les patients tout en respectant un code de déontologie médicale (indispensable) et d'être aussi prudent en ligne que dans la pratique quotidienne.

Le défi à relever est d'adapter les nouvelles technologies à notre façon de travailler afin d'optimiser notre temps et nos ressources.

LES RÉSEAUX SOCIAUX, UNE OPPORTUNITÉ POUR LES MÉDECINS ET LES SOCIÉTÉS SAVANTES ?

Les sociétés savantes ont pour mission de promouvoir la recherche, les bonnes pratiques et de diffuser les informations scientifiques.

Dans le cadre des règles éthiques et du respect des patients, les avantages des réseaux sociaux pour la diffusion au plus grand nombre sont importants.

Ils offrent la possibilité aux patients et aux médecins de communiquer dans un environnement commun en les responsabilisant.

Ils donnent l'opportunité aux dermatologues, à la Société Française de Dermatologie (institutions) et aux revues de Dermatologie de communiquer à la fois entre dermatologues, notamment pour les outils d'apprentissage, mais également avec les patients et le grand public en donnant des informations de qualité sur Internet.

Pour les médecins bloggeurs, les réseaux sociaux représentent une plateforme idéale pour publier le contenu de leurs messages et les diffuser à un nombre plus large de personnes. En sachant que la législation sur la publicité des professions médicales interdit la promotion personnelle en France et s'applique aussi sur les réseaux sociaux.



- Les réseaux sociaux généraux n'ont pas été créés pour traiter spécifiquement de problèmes médicaux, mais permettent pourtant le partage d'informations et d'expériences sur les problèmes de santé.
- Les réseaux sociaux spécialisés, créés eux spécifiquement pour faciliter les interactions entre les patients et les professionnels de santé.

Ainsi, en dermato-pédiatrie², les associations de patients et autres groupes de soutien sont en moyenne présents sur 2,8 plateformes de RS, principalement Facebook, Twitter et YouTube.

Les institutions et les journaux académiques dermatologiques sont également présents, à des degrés divers sur les réseaux.

Une association de malades peut utiliser différents réseaux sociaux en fonction de leurs actualités :

- Une page Facebook pour présenter l'association.
- Twitter qui peut servir de relais, pour rappel d'une journée scientifique
- Instagram pour relayer les photos des actions de l'association ou des photos des pathologies.
- YouTube pour diffuser un témoignage de patient.

Les réseaux sociaux peuvent donc avoir un effet bénéfique sur la diffusion de l'information médicale et la relation entre le médecin.

En voici trois exemples :

- ① Un crowdsourcing³ (production participative) entre patients : une jeune fille de 14 ans a partagé sur Facebook les photographies de la leishmaniose cutanée contractée lors d'un voyage en Israël. Cela a permis le diagnostic rapide et/ou de corriger le diagnostic erroné de 12 autres jeunes ayant participé au même voyage.
- ② Le partage par des célébrités sur les RS : la diffusion de leur pathologie est ainsi plus à même de susciter l'intérêt du grand public pour cette dernière et de diffuser des messages de prévention (photos du carcinomes basocellulaires de Hugh JACKMAN sur Instagram).
- ③ Le groupe Facebook « Dermatoscopy⁴ » de l'International Dermoscopy Society, dédié aux dermatologues, à leur formation, leur éducation et leur échange sur la dermatoscopie.

2. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/pde.12763>

3. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/pde.12910>

4. <https://www.facebook.com/Dermoscopy/> - Groupe fermé réservé aux médecins.



Mais... Les réseaux sociaux présentent aussi des inconvénients, notamment avec la diffusion large d'informations fausses.

À la recherche d'informations sur Internet et sur les réseaux sociaux, les patients sont livrés à eux-mêmes. En raison d'absence de contrôle, n'importe qui peut diffuser une information que celle-ci soit fausse (involontairement ou sciemment) ou correcte.

Les fake news sont très souvent mises en ligne par des entreprises aux impératifs commerciaux ou certains patients en défiance vis-à-vis des traitements conventionnels, persuadés d'avoir trouvé la solution dans des Médecines alternatives non validées.

Beaucoup d'informations trompeuses ou erronées circulent sur le net, comme par exemple, la promotion de régimes ou de compléments alimentaires « miracles ».

L'activisme des personnes « anti-vaccins » en est aussi une illustration, de même que le rejet de la corticothérapie locale pour soigner la dermatite atopique⁵.

Pour les patients atteints de psoriasis, certaines vidéos leur proposent de traiter les plaques de psoriasis avec une lame de couteau, de la colle, de la cire brésilienne et même du vinaigre de cidre !

Selon l'étude du Pew Research Center, pour 24% des adolescents américains, les effets des réseaux sociaux sont principalement négatifs, car ils donnent une image irréaliste de la vie des autres et certains ressentent une pression de leurs pairs.

Les chirurgiens plasticiens ont vu les consultations de procédures esthétiques augmenter pour améliorer les selfies et les photos sur les réseaux sociaux entre 2014 et 2017 !

Des demandes surréalistes ont été faites dans l'objectif de correspondre physiquement aux filtres proposés par certaines applications de réseaux sociaux !



5. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0190962217323290>



■ LA VACCINATION ANTI-HPV EN 2019 : UN ÉTAT DES LIEUX

*D'après un entretien avec le Professeur François AUBIN,
Dermatologue, Université de Bourgogne Franche-Comté, CHU Besançon,
Centre National de Référence HPV.*

LES CHIFFRES

Environ 80 % des femmes et des hommes sont exposés à ces virus au cours de leur vie. Les infections à Papillomavirus Humains (HPV) peuvent se manifester par :

- Des verrues génitales : elles représentent la maladie sexuellement transmissible la plus fréquente puisque près de 5 % de la population présentent des lésions cliniques et on estime que 25 % des moins de 25 ans ont une infection latente.
- Un cancer du col utérin (100 % d'infection HPV retrouvée) :
 - Au niveau mondial, le cancer du col utérin est situé au 4^{ème} rang chez la femme, avec 500 000 nouveaux cas et 500 000 décès annuels.
 - En France, 35 000 lésions pré-cancéreuses ou cancéreuses du col de l'utérus sont dépistées et traitées chaque année. Le cancer du col de l'utérus se situe au 11^{ème} rang des cancers avec 3 000 nouveaux cas et 1 000 décès annuels.
- Autres cancers :
 - L'infection HPV est impliquée dans 90 % des cancers anaux (1 000 nouveaux cas annuels en France), 60 % des cancers génitaux (vagin, vulve, pénis : 1 400 nouveaux cas annuels) et 40 % des cancers de l'oropharynx (13 700 nouveaux cas et 3 800 décès annuels en France).



LE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL EN 2019

En juillet 2019, la Haute Autorité de Santé (HAS) maintient sa recommandation d'un dépistage chez toutes les femmes de 25 à 65 ans, qu'elles soient vaccinées ou non, mais en fait évoluer les modalités pour les femmes de plus de 30 ans.

La HAS recommande l'utilisation du test HPV en première intention lors du dépistage du cancer du col de l'utérus à partir de 30 ans. Comme l'examen cytologique, il est réalisé à partir d'un prélèvement cervico-utérin.

Chez les femmes de plus de 30 ans, il s'avère nettement plus efficace que le frottis cervico-vaginal pour réduire l'incidence du cancer du col de l'utérus. De plus, en cas de test négatif, le recours au test HPV permet d'allonger l'intervalle entre deux dépistages : passant de tous les 3 ans à tous les 5 ans après 30 ans.



POURQUOI LA VACCINATION ANTI-HPV ?

Il n'existe pas de traitement antiviral efficace spécifiquement contre les HPV. Le traitement repose uniquement sur la destruction des lésions cliniques visibles. L'infection infra-clinique n'est pas traitée d'où les forts taux de récurrence. Enfin, l'immunité acquise naturelle ne protège pas des réinfections possibles.

LA VACCINATION ANTI-HPV EN 2019 : QUAND ET POUR QUI ?

Elle ne fait pas partie des 11 vaccins obligatoires. Aujourd'hui, il existe 2 vaccins contre les HPV :

- Cervarix® contre les HPV à haut risque oncogènes (HPV16 et 18).
- Gardasil9® contre les HPV à haut risque oncogènes (HPV16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58) et bas risque (HPV6 et 11 des verrues génitales).

La vaccination est recommandée chez les filles de 11 à 14 ans (2 doses à M0 et M2) avec un rattrapage avant 19 ans révolus possible (3 doses à M0, M2 et M6).

La vaccination est également recommandée :

- Jusqu'à l'âge de 19 ans, chez les enfants et adolescents transplantés (ayant reçu une greffe) ou vivant avec le VIH et dès l'âge de 9 ans, chez les enfants candidats à une transplantation d'organe solide.
- Jusqu'à l'âge de 26 ans, chez les hommes ayant ou ayant eu des relations sexuelles avec d'autres hommes.

Plus de 20 pays, dont l'Australie, les États-Unis, l'Italie, le Canada, la Norvège et l'Argentine, ont recommandé l'extension de la vaccination aux garçons, notamment pour des raisons épidémiologiques et des questions d'équité.

En France, l'académie de Médecine s'est également récemment prononcée en faveur de l'extension de la vaccination aux 2 sexes.

QUELS SONT LES BÉNÉFICES DE LA VACCINATION ?

L'efficacité de la vaccination est corrélée à la couverture vaccinale qui reste très insuffisante en France (< 20 %) par rapport à d'autres pays : Australie (78 %), USA (42 %), Portugal (87 %), Suède (80 %), Angleterre (86 %).

Après dix années de vaccination dans les pays où la couverture vaccinale est importante (75 %), le nombre de nouveaux cas de lésions pré-cancéreuses du col de l'utérus, ainsi que celui de verrues génitales a nettement diminué. Par exemple, en Suède, un taux de réduction des lésions pré-cancéreuses de 75 % a été observé chez les jeunes filles vaccinées avant l'âge de 17 ans en comparaison aux autres jeunes femmes.



QUELS SONT LES RISQUES DE LA VACCINATION ?

En dépit de la diffusion d'études fausses, l'innocuité des vaccins anti-HPV a été prouvée sur plus de 200 millions de doses distribuées. En dehors des effets indésirables communs à tous les vaccins injectables, la préoccupation relative à l'innocuité des vaccins contre les HPV concerne le risque de survenue de maladies auto-immunes.

Après la mise sur le marché des vaccins HPV, différentes études réalisées par des institutions officielles indépendantes et des firmes pharmaceutiques ont comparé la survenue de maladies auto-immunes chez des millions de femmes vaccinées ou non, aux États-Unis, au Danemark et en Suède.

En France, une étude nationale portant sur une cohorte de 2,2 millions de jeunes filles âgées de 13 à 16 ans a été réalisée par l'ANSM et l'assurance maladie en 2015. L'ensemble de ces études n'a pas montré d'augmentation du risque de maladies auto-immunes en lien avec la vaccination.

Par ailleurs, les études internationales récentes ne trouvent pas d'association entre le syndrome de Guillain-Barré (SGB) et la vaccination contre les HPV :

- Une étude anglaise cas-témoins, incluant une population ayant reçu 10,4 millions de doses, n'a trouvé aucune augmentation significative du risque de Guillain-Barré.
- Une étude québécoise n'a pas trouvé d'augmentation du nombre annuel (incidence) de patients hospitalisés pour un syndrome de Guillain-Barré parmi les personnes vaccinées.

Enfin, l'analyse de la littérature scientifique montre que les effets indésirables graves allégués des vaccins contre les HPV ne sont pas validés scientifiquement.

Pour rappel, en mars 2019, la Société Française de Dermatologie a rejoint le collectif de « l'appel des 50 », 50 sociétés savantes dont les académies de Médecine et de Pharmacie, pour demander un dépistage et une vaccination universelle contre le papillomavirus, responsable des cancers de l'utérus.

Cet appel relayait l'urgence d'organiser un dépistage efficace, d'augmenter la couverture vaccinale des populations déjà ciblées en rétablissant la vérité scientifique et donc la confiance vis-à-vis des vaccins et de lancer la vaccination universelle gratuite ou remboursée sans distinction de sexe ou de risque pour protéger filles et garçons, réduire les inégalités et participer avec d'autres pays à l'élimination des cancers HPV induits en suivant les recommandations de l'OMS.

URLS DE RÉFÉRENCE :

<https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Infections/Vaccination-contre-les-HPV-et-cancers>

<https://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/Infections-a-Papillomavirus-humains-HPV>

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3069063/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans

<http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2019/09/Rapport-sur-la-vaccination-contre-le-Papillomavirus-humain-HPV-vot-%C3%A9-le-17-09-2019-ANM.pdf>

<https://www.sfdermato.org/media/pdf/actualite/communiqu-e-hpv-2019-03-a49f988da39b60ee0281fb9889e18add.pdf>



■ LES RECOMMANDATIONS FRANÇAISES SUR LE TRAITEMENT DU PSORIASIS MODÉRÉ À SÉVÈRE, UN NOUVEL OUTIL D'AIDE À LA DÉCISION THÉRAPEUTIQUE POUR LES DERMATOLOGUES

D'après un entretien avec le Professeur Manuelle VIGUIER, Dermatologue, CHU Reims, Présidente du Groupe de recherche sur le Psoriasis (GRPso) de la Société Française de Dermatologie.

Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique caractérisée par des plaques bien délimitées rouges, en relief et recouvertes de squames blanchâtres.

Selon une étude récente de la Société Française de Dermatologie « Objectif Peau¹ », le psoriasis arrive en 3^{ème} position des maladies de peau avec 2,4 millions de Français touchés derrière l'eczéma (2,5 millions) et l'acné (3,3 millions).

Depuis une vingtaine d'années, le psoriasis est un domaine en Dermatologie où l'innovation thérapeutique est majeure avec l'arrivée de nouvelles molécules et de nouvelles voies thérapeutiques.

Le dermatologue dispose aujourd'hui d'un arsenal thérapeutique étoffé et complexe.

L'apparition de nouveaux traitements très efficaces avec des profils de sécurité propres, a conduit le GRPso à réaliser les premières recommandations françaises sur le traitement systémique du psoriasis modéré à sévère de l'adulte.

L'objectif de ces recommandations est d'apporter une aide pratique à la prise en charge des patients atteints de psoriasis modéré à sévère en proposant des références et des lignes de conduite sous la forme d'algorithmes décisionnels actualisés.



1 <http://www.sfdermato.org/media/pdf/communiqué-presse/sfd-dossier-de-presse-dans-la-peau-des-français-698b341f63725ea142271ed9b39e0980.pdf>



Deux nouveaux algorithmes sont proposés pour évaluer les réponses thérapeutiques, qui intègrent tous deux des critères émergents pour l'évaluation des objectifs thérapeutiques.

Des algorithmes de stratégie thérapeutique du psoriasis en plaques et du rhumatisme psoriasique incluant à la fois les traitements systémiques nouveaux et ceux plus anciens, ont également été mis au point, prenant en compte un certain nombre de comorbidités, ainsi que des recommandations pour le traitement de formes particulières de psoriasis.

La recommandation répond notamment aux questions suivantes :

- Quels sont les critères pour initier un traitement systémique ?
- Quels sont les objectifs thérapeutiques à atteindre dans le psoriasis en plaques ?
- Quels traitements systémiques choisir pour le psoriasis en plaques chez les patients sans comorbidités ?
- Quelles sont les options de traitement pour les patients présentant des comorbidités ou en cas de circonstances particulières ?

Les réponses sont traitées sous forme de fiches pratiques et d'un algorithme de choix pour chaque traitement systémique en fonction de la forme du psoriasis et des comorbidités associées.

Ce travail a été réalisé par trois dermatologues sans lien d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique, Florent AMATORE, Marie TAUBER et Axel VILLANI, avec l'encadrement méthodologique de Bernard GUILLOT et la relecture par une trentaine de médecins dermatologues et non dermatologues. Deux patients ont également contribué à la recommandation.

Ces recommandations ont été publiées in extenso dans le Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology² et dans les Annales de Dermatologie et Vénérologie³.

SUR QUELS CRITÈRES INITIER UN TRAITEMENT SYSTÉMIQUE ?

Le GRPso recommande de proposer un traitement systémique (incluant la photothérapie), aux patients atteints de psoriasis de tous types répondant à au moins un des critères suivants :

- Le psoriasis est considéré comme « modéré à sévère » : plus de 10 % de la surface corporelle (SC) sont atteints ou encore le score PASI est supérieur à 10 et/ou le score de qualité de vie DLQI est supérieur à 10.
- Le psoriasis a un impact important sur la condition physique et sociale, ou sur l'état psychologique (dépression ou anxiété cliniquement significative).
- Le psoriasis est localisé, mais n'est pas contrôlé par un traitement topique et est associé à une altération fonctionnelle ou une détresse importante. Par exemple, il existe une atteinte sévère des ongles ou une atteinte des zones à fort impact (paumes et plantes des pieds, organes génitaux, cuir chevelu, visage et plis).

2 Amatore F, Villani A, Tauber M et al. JEADV 2019.

3 <https://doi.org/10.1016/j.annder.2019.04.018> - 0151-9638/ - © 2019 Elsevier MASSON SAS. Tous droits réservés.



QUELS SONT LES OBJECTIFS THÉRAPEUTIQUES À ATTEINDRE DANS LE PSORIASIS EN PLAQUES ?

L'arrivée de nouveaux agents thérapeutiques a conduit à proposer de nouveaux critères en phase avec un contrôle satisfaisant du psoriasis :

- PASI absolu < 3 : ce paramètre est plus pertinent que la réponse PASI 75. Il est indépendant des variations de la sévérité de base et reflète mieux le statut « blanchi » ou « presque blanchi ».
- Un DLQI de 0 ou de 1 : ce score a été proposé pour indiquer l'absence d'impact du psoriasis sur la qualité de vie.
- Les réponses PASI 90 et PASI 100 : ces critères sont apparus du fait de l'efficacité élevée de certains agents biologiques les plus récents. Cependant, plusieurs auteurs mettent en doute leur pertinence clinique par rapport à d'autres critères comme le PASI 75.

En l'absence de preuves solides et de consensus pour un algorithme unique, le GRPso a retenu deux algorithmes décisionnels pour les objectifs de traitement du psoriasis en plaques [FIGURE 1. (a) et (b)].

Ils utilisent les nouveaux critères d'évaluation de la réponse thérapeutique mentionnés précédemment, ce qui laisse le choix aux dermatologues d'utiliser l'algorithme qu'ils veulent dans leur pratique.

QUELS SONT LES INDICATIONS DES TRAITEMENTS SYSTÉMIQUES CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS D'UN PSORIASIS EN PLAQUES SANS COMORBIDITÉS (FIGURE 2.) ?

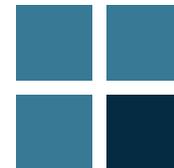
Si le patient répond à un des critères d'initiation d'un traitement systémique, le GRPso recommande de préférence le méthotrexate comme option thérapeutique sous conditions (contre-indication au méthotrexate, patientes enceintes ou allaitantes ou les patients hommes ou femmes ayant le projet de devenir parents dans un avenir proche).

Il est recommandé d'utiliser la ciclosporine à la place du méthotrexate pour le traitement des patients pour lesquels un contrôle de la maladie à court terme est nécessaire.

La photothérapie UVB à spectre étroit (TL01) peut également être prescrite en traitement de première intention.

La photothérapie UVA associée au psoralène ou l'association rétinoïdes-PUVA (plutôt que la TL01) est recommandée pour les patients présentant de grandes plaques épaisses sauf chez les femmes en âge d'avoir des enfants.

L'acitrétine n'est pas recommandée en monothérapie dans la stratégie de traitement systémique du psoriasis en plaques, sauf en alternative pour certains patients présentant des contre-indications au méthotrexate et à la ciclosporine.



QUELS SONT LES OBJECTIFS THÉRAPEUTIQUES À ATTEINDRE DANS LE PSORIASIS EN PLAQUES ?

Les agents biologiques et l'aprémilast ne doivent être prescrits qu'après contre-indication ou intolérance ou échec de deux traitements systémiques parmi le méthotrexate, la ciclosporine ou la photothérapie.

Selon l'efficacité à court et à long terme des différents agents biologiques disponibles, l'évaluation de leur innocuité et de leur tolérance à long terme, leurs schémas d'administration et la durée de survie de ces molécules, l'adalimumab et l'ustékinumab seront utilisés de préférence en première ligne de traitement.

Si les objectifs thérapeutiques ne sont pas atteints, il faut envisager de passer de l'ustékinumab à l'adalimumab ou à un autre inhibiteur du TNF et vice-versa, ou d'instaurer un traitement par inhibiteur de l'IL-17.

Un traitement par l'aprémilast ne sera envisagé qu'après avoir exploré des stratégies thérapeutiques utilisant des agents biologiques en raison de sa faible efficacité et du risque de certains effets indésirables potentiellement graves. Des études supplémentaires sont nécessaires pour établir la place de l'aprémilast dans l'arsenal thérapeutique.

Une revue exhaustive de la littérature a permis de définir les options thérapeutiques selon les comorbidités ou les circonstances particulières (intoxication alcoolique active, antécédents de cancer traité, présence d'une maladie démyélinisante neurologique, maladie psychiatrique, diabète, insuffisance cardiaque ou risques cardiovasculaires, insuffisance rénale, hépatite B ou C, infection par le VIH, maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, obésité, grossesse ou projet de grossesse, allaitement).

Les recommandations pour la prise en charge des formes cliniques particulières telles que le psoriasis non pustuleux et pustuleux palmo-plantaire, le psoriasis pustuleux généralisé, le psoriasis érythrodermique ou le psoriasis des ongles ou du cuir chevelu proposent des choix de traitements systémiques de 1^{ère} ligne ou de 2^{ème} ligne.

Pour le cas particulier du rhumatisme psoriasique (RP), il est proposé de catégoriser les patients selon deux profils cliniques :

- ❶ En cas d'atteinte cutanée prédominante, l'adalimumab ou l'ustékinumab sont recommandés.
- ❷ En cas d'atteinte rhumatismale prédominante, un inhibiteur du TNF en première intention est recommandé. Dans ce cas, la prise en charge doit être assurée par le rhumatologue en collaboration avec le dermatologue.

Ces recommandations constituent pour le dermatologue une aide précieuse pour la décision thérapeutique face à un large éventail de circonstances et de situations cliniques.

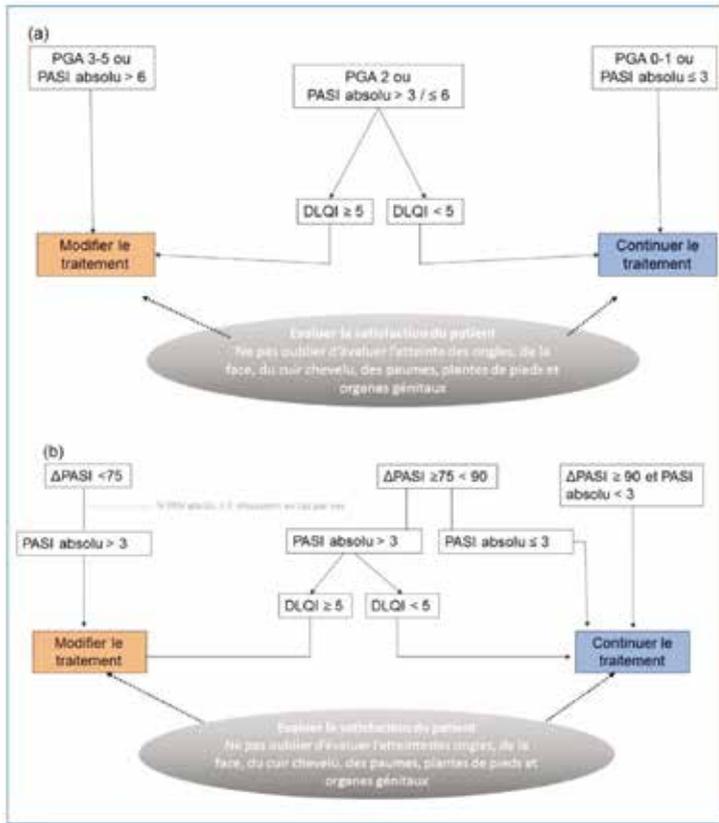
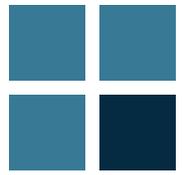


FIGURE 1. Objectifs du traitement dans le psoriasis en plaques : (a) et (b) : algorithmes décisionnels actualisés jugés acceptables par le groupe de travail. PASI : index de surface et de sévérité du psoriasis. DLQI : indice dermatologique de qualité de vie. PGA : évaluation globale par le médecin.

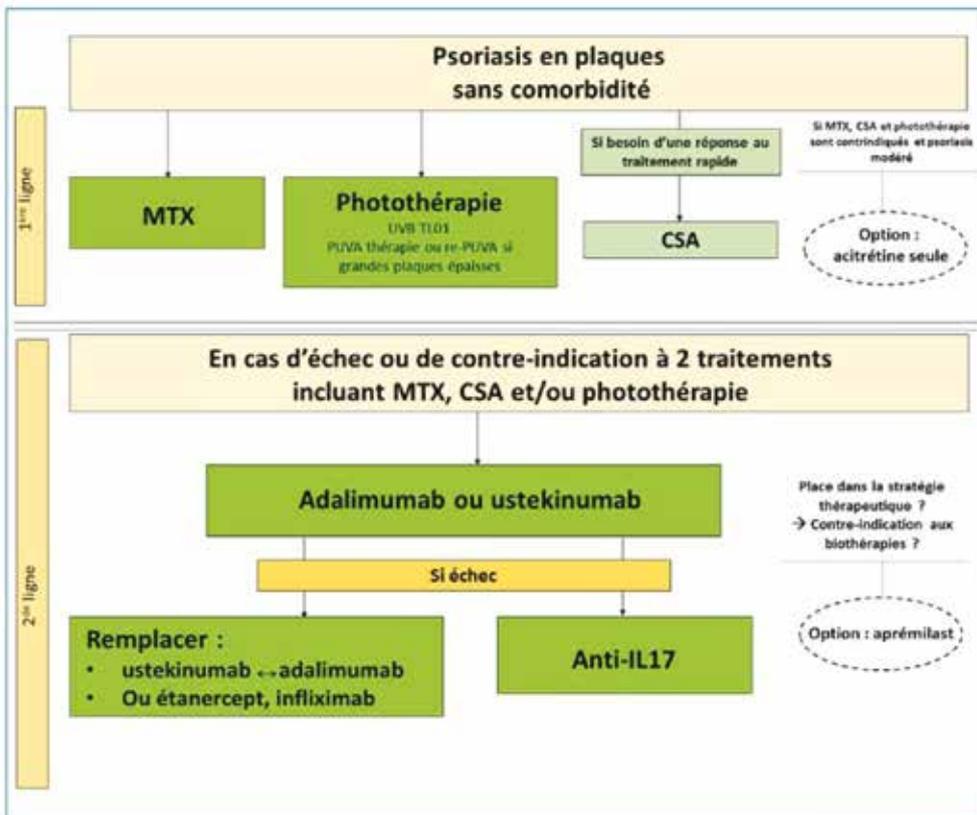
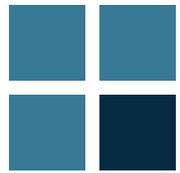


FIGURE 2. Algorithme de traitement pour les patients souffrant de psoriasis en plaques sans comorbidité. CSA : ciclosporine. MTX : méthotrexate. TL01 : photothérapie UVB à spectre étroit. PUVA : association psoralène et photothérapie UVA. re-PUVA : association rétinolides, psoralène et photothérapie UVA.



PLUS D'INFORMATIONS SUR LES RECOMMANDATIONS SUR LE PSORIASIS : <https://www.sfdermato.org/media/pdf/recommandation/psoreco-72474f007184bd36c0e70cb2d89e5fd2.pdf>



■ IMPLANTS, PROTHÈSES, NOUVEAUX DISPOSITIFS MÉDICAUX : QUE RÉPONDRE À NOS MALADES ALLERGIQUES ?

*D'après un entretien avec le Docteur Françoise GIORDANO-LABADIE,
Dermato-allergologue, responsable de l'unité de dermato-allergologie,
Service de Dermatologie, CHU Toulouse-Larrey,
Membre du Groupe de dermato-allergologie de la Société Française de Dermatologie.*

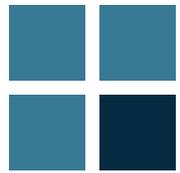
Certains malades peuvent présenter une réaction allergique suite à la pose d'implants, de prothèses ou autres dispositifs médicaux (capteurs glycémiques ou pompes à insuline sans fil par exemple). Alors faut-il avoir peur des implants et des prothèses ?

D'une manière générale, quand l'indication de l'implantation d'une prothèse ou d'un dispositif médical est portée, c'est qu'il existe un rapport bénéfice/risque favorable. L'allergie est un effet indésirable, souvent imprévisible. Si le chirurgien a connaissance d'une allergie avant l'opération, il va se diriger vers une autre prothèse dans un matériau différent avec un risque allergique moindre pour le ou la patient(e).

EXISTE-T-IL PLUSIEURS TYPES D'ALLERGIE ?

Nous pouvons classer les allergies en trois grandes catégories selon le type de manifestation :

- ① **UNE RÉACTION DE TYPE ECZÉMA DE CONTACT EN REGARD DU LIEU D'APPLICATION DE L'IMPLANT OU DE LA PROTHÈSE**
C'est très souvent le cas des dispositifs implantables utilisés pour la gestion du diabète (capteurs glycémiques et pompes à insuline sans fil).
Dans ce cas précis, une plaque d'eczéma apparaît alors au niveau de la zone d'implantation. Ce type de réaction peut se voir aussi avec les prothèses de hanche où l'on peut parfois voir un eczéma apparaître en regard de la prothèse.
Les premiers signes sont assez faciles à repérer car ils sont directement reliés à la zone où est inséré le dispositif médical ou la prothèse.
- ② **UNE RÉACTION À TYPE DE DYSFONCTIONNEMENT INEXPLIQUÉ DE LA PROTHÈSE**
L'allergie se révèle plutôt par un dysfonctionnement de l'implant ou de la prothèse et très rarement par des signes cutanés.
Pour les prothèses de genoux et de hanches, les chirurgiens vont rechercher, en premier lieu un dysfonctionnement mécanique par imagerie, ou une infection éventuelle et ensuite une allergie aux matériaux de la prothèse.



③ UNE RÉACTION ALLERGIQUE À TYPE DE SYNDROME GÉNÉRAL : DOULEURS, ASTHÉNIE, CÉPHALÉES, VERTIGES

Les implants en Nitinol, un alliage de nickel et de titane, très utilisés pour leurs propriétés de mémoire de forme et de super-élasticité, étaient couramment employés pour les stérilisations intra-tubaires, notamment avec le système ESSURE.

Beaucoup de patientes allergiques au nickel se plaignaient de symptômes généraux : douleurs abdominales, fatigue générale, maux de tête, avec de façon inconstante des signes dermatologiques.

Un eczéma de contact systémique localisé dans les grands plis, au niveau inter-fessier, du périnée, des plis axillaires est parfois observé comme publié par notre équipe dans *Dermatitis* en 2013.

Le dispositif ESSURE a été retiré du marché depuis 2017 et certaines patientes ont dû être explantées avec une ablation des trompes et parfois de l'utérus.

D'autres implants en Nitinol peuvent être responsables comme les implants cardiaques utilisés pour la fermeture par voie percutanée des communications inter-auriculaires cardiaques ou des foramens ovales perméables type Amplatzer. Cette technique est de plus en plus utilisée car moins invasive que la voie d'abord directe.

En cas d'allergie au nickel, les premiers signes apparaissent en post-opératoire immédiat à type de douleurs thoraciques intenses associées de migraines invalidantes le plus fréquemment. D'autres signes comme la dyspnée, des palpitations, des œdèmes, de l'asthénie, des vertiges ont aussi été décrits.

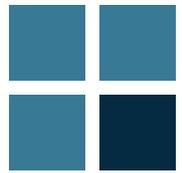
Le retrait de l'implant est parfois nécessaire mais il est difficile et délicat (opération à cœur ouvert) et il faut le remplacer par un autre implant sans Nitinol ou une greffe de peau pour obturer l'orifice. Avant toute opération utilisant un implant en Nitinol, il est indispensable de s'assurer que les malades ne soient pas allergiques au nickel.

QUELLE EST LA FRÉQUENCE DES ALLERGIES AUX IMPLANTS ET PROTHÈSES ?

Nous n'avons pas de notion de fréquence, car il faudrait suivre chaque dispositif implanté pour connaître les effets indésirables allergiques.

Les prothèses orthopédiques constituent la plus large catégorie des prothèses utilisées et par conséquent, représentent le plus grand taux de réactions allergiques.

Un article récent paru en 2019 dans *Clinical Reviews in Allergy* indique que les réponses allergiques aux implants chirurgicaux autres que les prothèses seraient plutôt rares sans pouvoir en préciser la fréquence.



POUVEZ-VOUS NOUS DONNER QUELQUES EXEMPLES ?

- Les responsables des allergies en chirurgie orthopédique, sont soit les métaux (nickel, cobalt et chrome), soit les ciments/colles osseux utilisés qui sont fabriqués à base d'acrylates, assez allergisants.
- En chirurgie cardiaque (stents etc.), les allergies proviennent aussi des métaux en général plutôt que des médicaments libérés par certains stents.
- Récemment, les dispositifs médicaux utilisés dans la gestion du diabète ont provoqué une véritable épidémie d'allergies.

Les patients diabétiques utilisent une nouvelle technologie, avec des capteurs d'index glycémique qui ont révolutionné la vie des malades en évitant le contrôle glycémique au doigt plusieurs fois par jour.

Ce type de capteur glycémique est fixé sur la peau et émet un signal pour transmettre les informations sur un lecteur de glycémie ou un smartphone. Il peut être même être relié directement à la pompe à insuline.

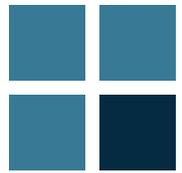
- Le « Freestyle », un de ces capteurs glycémique nouvelle génération a généré une épidémie d'eczémas de contact sur les zones d'implantation, nécessitant l'arrêt de ce dispositif et la reprise des lectures au doigt.

Certaines pompes à insuline sans fil ayant amélioré la qualité de vie des diabétiques ont aussi fait l'objet de réactions allergisantes de ce type.

Pour ces 2 types de dispositifs, l'allergène responsable a été récemment mis en évidence. Il s'agit d'une « colle » appartenant à la famille des acrylates : l'isobornyl acrylate.

Suite à cette découverte, certains industriels ont modifié la composition de leur colle et par exemple, le Freestyle est dépourvu d'isobornyl acrylate depuis le mois de mai 2019.



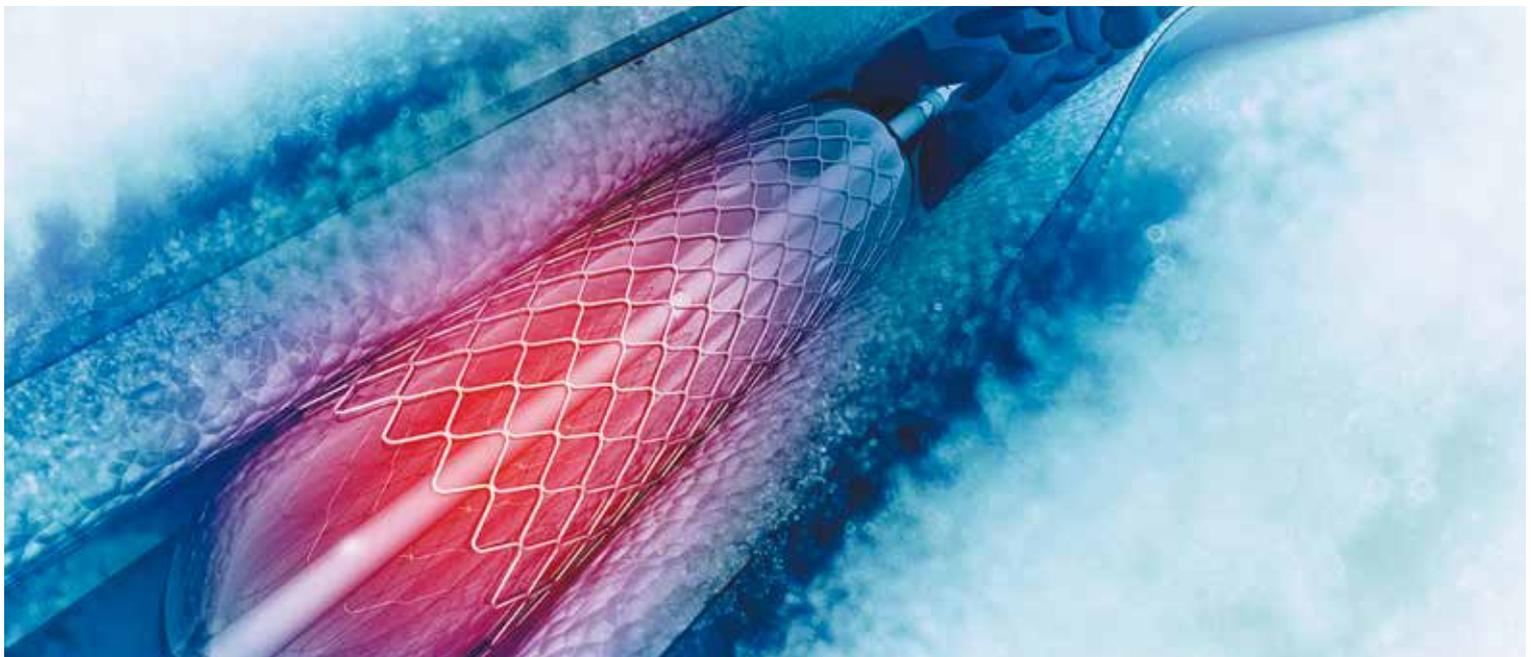


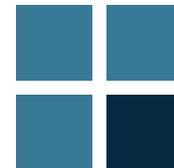
QUELLE EST LA CONDUITE À TENIR EN CAS D'ALLERGIE ?

- Prévenir pour mieux connaître l'exposition aux allergies de chaque patient.
- Mener un interrogatoire préopératoire poussé.
 - Exemple de l'allergie au nickel : un patient devant recevoir une prothèse ou un implant doit être questionné de façon précise, afin de détecter des allergies de contact antérieures, notamment de type nickel par exemple lors de l'exposition aux bijoux fantaisie, boucles métalliques des montres, boutons de jeans, lunettes etc. La survenue de réactions allergiques lors de la pose d'ongles artificiels à l'aide de colles pouvant évoquer une allergie aux acrylates doit aussi être recherchée pour les prothèses orthopédiques.
- En cas de suspicion d'allergie : il est impératif de réaliser des tests épicutanés (patch-tests) pré-opératoires avant la pose de prothèse ou d'implant si l'interrogatoire est évocateur. À l'inverse, il ne faut pas faire de tests prédictifs en l'absence d'histoire clinique évocatrice, pour éviter de provoquer une sensibilisation...
- Après la pose, en cas de suspicion de réaction allergique, des tests épicutanés doivent être effectués avec les composants de la prothèse, de l'implant ou du dispositif médical. En cas de positivité, si la réaction allergique ne peut pas être contenue avec des traitements locaux ou généraux, la seule solution est l'explantation et le changement de prothèse.

Aujourd'hui, les tests sanguins ne sont pas une méthode fiable, ni recommandée pour rechercher une allergie de contact dans la mesure où les tests épicutanés sont préférables car très sensibles.

Enfin, le Groupe Dermato-Allergologie (DAG) de la Société Française de Dermatologie, en collaboration avec la Société Française de Chirurgie Orthopédique (SOFOT) mène à l'heure actuelle une étude pour évaluer la prévalence de l'allergie de contact aux prothèses orthopédiques et le type de batterie de tests à utiliser dans leur exploration.





■ MALADIE DE LYME : ACTUALITÉS EN 2019

*D'après un entretien avec le Docteur Cédric LENORMAND,
Dermatologue, Service de Dermatologie, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.*



En juin dernier, la Société Française de Dermatologie a participé, avec 23 autres sociétés savantes concernées, à l'élaboration de nouvelles recommandations pour la prévention, l'épidémiologie, le diagnostic et le traitement de la maladie de Lyme ainsi que des autres maladies transmises par les tiques.

Cette initiative s'inscrit dans le contexte d'un refus d'endosser les recommandations de bonne pratique publiées en 2018 par la Haute Autorité de Santé sur ce sujet, en raison d'un contenu jugé parfois non conforme aux données de la science.

L'objectif était avant tout de lutter contre l'errance médicale à laquelle sont confrontés certains patients, en apportant des points de repère aux médecins.

La maladie de Lyme est une maladie infectieuse résultant de la transmission de bactéries du genre *Borrelia* par piqûre de tique. L'infection est responsable de différents tableaux cliniques bien caractérisés selon le stade d'évolution de la maladie, les manifestations cutanées étant au premier plan à la phase initiale, tandis que les manifestations systémiques peuvent apparaître secondairement.

Si la fiabilité et les limites des tests diagnostiques, tout comme l'efficacité de l'antibiothérapie ne font que peu débat devant ces formes avérées, une controverse persiste actuellement quant au rôle supposé de la bactérie *Borrelia* ou d'autres agents pathogènes transmis par les tiques dans la survenue de tableaux cliniques non spécifiques (fatigue, douleurs chroniques, troubles cognitifs, épuisement professionnel), dont la prévalence est importante dans la population générale.

RÉFÉRENCES :

- Lyme borreliosis and other tick-borne diseases. Guidelines from the French scientific societies Gocko X, Lenormand C, Lemogne C et al. *Med Mal Infect.* 2019;49(5):296-317.
- Lyme borreliosis and other tick-borne diseases. Guidelines from the French scientific societies (II). Biological diagnosis, treatment, persistent symptoms after documented or suspected Lyme borreliosis. Jaulhac B, Saunier A, Caumes E, et al. *Med Mal Infect.* 2019 Aug;49(5):335-346.
- Lyme borreliosis and other tick-borne diseases. Guidelines from the French Scientific Societies (I): prevention, epidemiology, diagnosis. Figoni J, Chirouze C, Hansmann Y et al. *Med Mal Infect.* 2019 Aug;49(5):318-334.



Une minorité de médecins, s'appuyant sur l'hypothèse d'infections « froides » persistantes, propose en effet des polyantibiothérapies prolongées à ces patients, malgré les risques établis et l'absence de bénéfice documenté par l'ensemble des études contrôlées bien réalisées.

Face à ces patients dont la souffrance est authentique, les 24 sociétés savantes prônent une approche médicale responsable et bienveillante qui consiste à essayer de comprendre l'origine de ces symptômes par le recueil de leurs circonstances d'apparition, de leur histoire, de la démarche diagnostique effectuée (tests, bilans...) et de l'efficacité des traitements antérieurs.

À l'issue de cette évaluation, le diagnostic retenu n'est pas celui de maladie de Lyme ou d'une autre maladie infectieuse dans la grande majorité des cas.

Pour rappel, suite à la publication d'une récente étude dans le BEH² le 7 mai dernier, les auteurs ont révélé que seuls 10 % des malades qui consultaient pour une maladie de Lyme en étaient réellement atteints. Et les équipes médicales de l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière ont diagnostiqué une autre pathologie (troubles psychologiques, maladies articulaires, maladies neurologiques) dans 80 % des cas.

Un grand nombre de ces patients présente en fait les symptômes d'un trouble actuellement bien reconnu dans la nosologie moderne sous le terme de « symptômes somatiques persistants », ou « trouble somatoforme ».

Il s'agit d'un diagnostic positif et non d'élimination, qui repose sur des critères bien établis et qui débouche sur des propositions concrètes de prise en charge dont les grandes lignes sont décrites dans ces recommandations.

QUELLE EST LA CONDUITE À TENIR EN CAS D'ALLERGIE ?

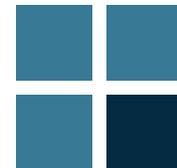
Les données présentées par le site de l'agence Santé Publique France montrent que l'incidence de la borréliose de Lyme n'a que peu augmenté en France entre 2009 et 2017 avec une moyenne estimée à 53 cas/100 000 habitants/an sur cette période, dont l'immense majorité étaient des formes cutanées précoces (érythème migrant). Les formes nécessitant une hospitalisation sont rares et concernent environ 810 patients par an. Les autres maladies transmises par les tiques sont très rares en France³.

Pour transmettre la maladie, la tique doit rester attachée au moins 8h à 12h sur la peau pour que la bactérie puisse être inoculée dans le corps humain. Rappelons que 12 à 15 % des tiques, soit un peu plus d'1 tique sur 10, sont porteuses de la bactérie *Borrelia* en Europe, avec un pic à 25 % dans les régions les plus infestées (Vosges, Limousin) soit une tique infectée sur 4 au maximum.

En cas de piqûre par une tique infectée, moins de 10 % des patients vont développer des signes de maladie de Lyme au cours des 3 mois suivants, essentiellement sous forme d'un érythème migrant.

2. <http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/14/index.html>

3. <https://www.em-consulte.com/article/1292706/lyme-borreliosis-and-other-tick-borne-diseases-gui>



LES NOUVELLES RECOMMANDATIONS POUR LES 4 TABLEAUX DERMATOLOGIQUES DE LA MALADIE

La maladie de Lyme est responsable d'un certain nombre de symptômes objectifs et les manifestations cutanées caractéristiques sont au premier plan.

Le premier stade clinique est l'érythème migrant. L'érythème migrant, observé à la phase précoce localisée de la maladie (entre 1 et 4 semaines après la piqûre), correspond à une tache de couleur variable (rose pâle à rouge foncé), qui devient visible autour du site de piqûre à partir du 5^{ème} ou 6^{ème} jour suivant celle-ci et qui s'accroît de façon régulière centrifuge, dépassant généralement 5 cm de diamètre au moment du diagnostic.

Les localisations les plus typiques se situent autour de la ceinture et des grands plis (aine, aisselle, pli du coude, derrière le genou), zones affectionnées par les tiques. Dans un tiers des cas, des patients peuvent ressentir en même temps un syndrome pseudo-grippal avec fatigue, courbatures, maux de tête et fièvre inférieure à 38,5 °C.

Le traitement de l'érythème migrant simple repose sur une antibiothérapie (doxycycline 200 mg/j en première intention chez l'adulte et l'enfant de plus de 8 ans) pendant deux semaines. Ce schéma d'utilisation de la doxycycline a démontré sa bonne efficacité non seulement à ce stade de la maladie, mais aussi dans le traitement des neuroborrélioses précoces, où il est aussi actuellement recommandé en première ligne.

L'érythème migrant multiple apparaît après le premier mois suivant la piqûre, si l'érythème migrant n'est pas traité ou non apparent. Il se manifeste par de multiples érythèmes migrants de petite taille se développant à des endroits indemnes de piqûre de tique.

La durée de traitement de l'érythème migrant multiple a été revue à la baisse, avec un passage à un traitement recommandé de 15 jours de doxycycline (au lieu de 3 semaines), suite à une grande étude publiée en 2018 par des dermatologues slovènes qui ont démontré que sur 200 cas d'érythèmes migrants multiples, 15 jours de traitement étaient suffisants avec un très bon pronostic après un an de suivi.

Le lymphocytome borrélien se présente comme une plaque ou un nodule (lésion en relief) de couleur rose, rouge, violacée ou bleu-brun, indolore, infiltrant typiquement le lobule de l'oreille, le mamelon ou encore le scrotum.

Le lymphocytome correspond histologiquement à un pseudo-lymphome (infiltrat cutané de cellules immunitaires en réaction à la présence de la bactérie), dont l'aspect peut rarement simuler un authentique lymphome B cutané primitif de bas grade (de type centro-folliculaire ou zone marginale).



Ces deux manifestations cutanées de la phase précoce disséminée se rencontrent plus fréquemment chez l'enfant que chez l'adulte.

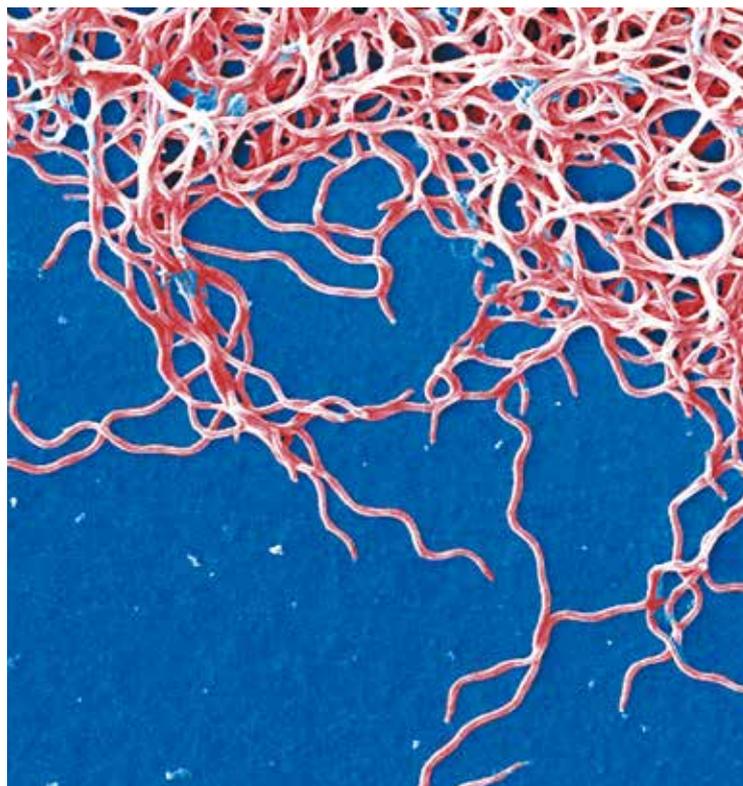
Devant ces tableaux cliniques, un examen clinique complet est particulièrement important afin d'éliminer d'éventuelles atteintes extra-cutanées, notamment articulaires (arthrite), cardiaques (troubles de la conduction de type bloc atrio-ventriculaire parfois de haut grade, justifiant la réalisation d'un ECG) ou neurologiques (méningite subaiguë lymphocytaire, paralysie faciale, radiculite) qui ne sont pas rares à ce stade et peuvent impacter la prise en charge.

Enfin, la phase tardive de la maladie cutanée peut apparaître de 6 mois à plusieurs années après la piqûre et correspond à l'acrodermatite chronique atrophifiante.

Celle-ci débute chez un adulte de plus de 50 ans par un œdème violacé d'une extrémité, laissant ensuite la place à une atrophie cutanée définitive, avec dans au moins 30 % des cas des douleurs neuropathiques dans le même territoire.

Pour le lymphocytome borrélien et l'acrodermatite chronique atrophifiante, les recommandations restent inchangées, avec respectivement 3 semaines de traitement antibiotique (doxycycline) pour le premier et 4 semaines pour le second.

Par ailleurs, les sociétés savantes (incluant la Société Française de Dermatologie) recommandent de ne pas prescrire de traitement antibiotique après une piqûre de tique en l'absence de signe clinique d'infection. Enfin, si les antibiotiques sont généralement très efficaces, les patients ne sont absolument pas immunisés contre une nouvelle infection et des conseils de prévention et d'auto-surveillance au retour de promenade doivent leur être communiqués.





■ PLACE DES INHIBITEURS DE JAK (JANUS KINASES) EN DERMATOLOGIE : PRÉSENT ET AVENIR

*D'après un entretien avec le Professeur Julien SENESCHAL,
Dermatologue, Service de Dermatologie Adulte et Pédiatrique,
Responsable de l'unité Dermatologie Inflammatoire et Auto-Immune, CHU de Bordeaux.*

QU'EST-CE QU'UN JAK ? ET UN INHIBITEUR DE JAK ?

Les Janus Kinases sont des protéines cytoplasmiques à activité tyrosine kinase, liées à des récepteurs transmembranaires de cytokines de type I et II.

La fixation de la cytokine sur le récepteur active JAK aboutit à l'activation de protéines appelées STAT (Signal Transducers and Activators of Transcription) qui migrent dans le noyau où elles stimulent la transcription de gènes spécifiques et les voies de l'inflammation.

On dénombre aujourd'hui quatre molécules de la famille JAK, nommées JAK 1, 2 et 3 et TYK2.

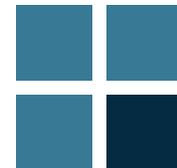
Les inhibiteurs de la voie JAK- STAT permettent ainsi de bloquer la production de nombreuses cytokines pro-inflammatoires : parmi celles-ci, citons les Interleukines (IL)-4, IL-13 ou IL-17, de bloquer d'autres voies de l'inflammation et de réguler l'immunité innée et adaptative.

Ainsi, plusieurs cytokines et plusieurs voies de l'inflammation sont bloquées simultanément contrairement aux biothérapies qui n'ont qu'une cible unique. Les tyrosines kinases peuvent être inhibées selon différents degrés en fonction du type de molécule inhibitrice de la voie JAK utilisée.

L'inhibition des JAK ouvre une voie inédite de traitement dans les pathologies inflammatoires cutanées.

QUEL EST LE MODE D'ADMINISTRATION ?

Dans la majorité des cas, les inhibiteurs de JAK sont dispensés par voie orale en une ou deux prises par jour. Il existe, cependant, des études montrant l'efficacité de l'administration topique de ce groupe de médicaments dans le psoriasis, la dermatite atopique ou le vitiligo.



QUELLES EN SONT LES INDICATIONS EN DERMATOLOGIE ?

De nombreux pays ont déjà approuvé l'utilisation des petites molécules aux propriétés anti-inflammatoires que sont les inhibiteurs sélectifs de JAK pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde (tofacitinib, baricitinib) et de la myélofibrose ou polycythémie virale (ruxolitinib).

Une récente publication dans le Journal of Dermatological Treatment, « JAK-inhibitors in Dermatology : current evidence and future application¹ », fait une analyse de l'efficacité et de la sécurité des inhibiteurs de JAK dans les maladies de peau, telles que le psoriasis, la dermatite atopique, la pelade ou le vitiligo à partir de la littérature et des bases de données.

Les inhibiteurs de JAK sont actuellement en développement par voie topique ou orale dans le psoriasis, mais également dans la dermatite atopique. Des études de phase 3 sont en cours ou terminées dans ces indications permettant d'envisager une disponibilité prochaine.

D'autres données sont également disponibles sur l'efficacité potentielle des inhibiteurs de JAK dans la pelade ou le vitiligo. Ces publications sont très encourageantes pour ces deux pathologies qui sont aujourd'hui des maladies de peau très affichantes avec un fort impact sur la qualité de vie sans traitement.

Les inhibiteurs de JAK pourraient constituer des alternatives thérapeutiques pour ces 4 maladies de peau : la pelade, le psoriasis, la dermatite atopique et le vitiligo.

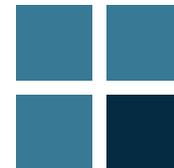
Plusieurs études suggèrent aussi qu'ils pourraient constituer un traitement efficace du lupus cutané, du lymphome cutané à cellules T, de la dermatite de contact allergique et du lichen plan.

Cependant, il sera important de bien déterminer le profil de tolérance sur le moyen et le long terme de ces molécules, notamment prises par voie orale.

En effet, certains effets secondaires ont été décrits au cours des études, certes sur un nombre faible de patients et mériteront d'être surveillés : par exemple, les risques de surinfection virale, des anomalies biologiques avec anomalie lipidique et les CPK, ou des risques thrombotiques.

Les inhibiteurs de JAK ouvrent ainsi des possibilités thérapeutiques prometteuses dans plusieurs maladies chroniques cutanées. Cependant, des recherches sont encore nécessaires pour démontrer leur efficacité et leur sécurité à long terme.

1. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09546634.2018.1546043>



■ PERTURBATEURS ENDOCRINIENS DANS LES COSMÉTIQUES : PROBLÈME DE CONTENU OU DE CONTENANT ?

*D'après un entretien avec le Professeur Annick BARBAUD,
Dermatologue, Chef de Service de Dermatologie et Allergologie à l'Hôpital Tenon, Paris,
Vice-Présidente du groupe dermato-allergologie de la SFD.*

QU'EST-CE QU'UN PE ET EN QUOI LES PE SONT-ILS NÉFASTES ?

Les Perturbateurs Endocriniens (PE)¹ sont des composés exogènes potentiellement néfastes pour l'organisme et la santé humaine en altérant la biosynthèse des hormones. Ils agissent en imitant et en modifiant le métabolisme des hormones naturelles (œstrogènes, androgènes, hormones thyroïdiennes).

L'exposition aux perturbateurs endocriniens peut avoir des effets à vie, voire avoir des conséquences pour la génération suivante. Les effets varient d'une molécule à l'autre et pour une même molécule d'une espèce à l'autre. Les PE ne sont pas les seules substances nocives pour la reproduction (par exemple l'éthanol qui a un effet toxique direct sur les organes de la reproduction sans interagir avec le système endocrinien).

5 niveaux de tests sont proposés pour détecter les produits chimiques PE, en permettant de mettre en évidence les réactions des organismes vis-à-vis des molécules suspectes sans modifier la physiologie normale. En sachant que les tests pour les produits utilisés en cosmétique se développent.

LES PE DANS LES COSMÉTIQUES SONT SURVEILLÉS ET RÉGLEMENTÉS, MAIS QU'EN EST-IL DE CEUX CONTENUS DANS L'EMBALLAGE DES COSMÉTIQUES, NOTAMMENT LES PHTALATES ?

Les discussions sur les PE concernent les cosmétiques, mais aussi leur contenant, puisque les perturbateurs endocriniens (PE) sont présents dans les contenants en plastique alimentaire, cosmétiques et pharmaceutiques, notamment les phtalates. Les phtalates ont été utilisés dans la formulation des cosmétiques et beaucoup d'entre eux sont désormais interdits.

Dans certaines études, cette classe de molécules a été dosée dans les cosmétiques. Auparavant, ils étaient incorporés comme fixateurs dans de nombreux produits cosmétiques : vernis à ongles, laques pour cheveux, parfums... Actuellement, seul le diethyl phtalate est encore autorisé car il entre dans la formule de l'alcool modifié utilisé en parfumerie ou dans des cosmétiques. Le risque concerne donc plus la présence de phtalates dans le contenant (flacons, tubes etc.) des cosmétiques.

¹ Pour plus d'informations sur le PE :
<https://www.sfdermato.org/media/pdf/communique-presse/dossier-de-presse-jdp-2018-bcf1229bf0b8f3bceb78e91477db717e.pdf>



Les phtalates sont des polluants organiques semi-volatiles très répandus dans l'environnement des zones urbaines et dans les habitations. Ils sont bio-accumulables et leur biodégradation est limitée, notamment pour ceux de haut poids moléculaire, car elle se fait uniquement via des micro-organismes. Leur effet PE a surtout été étudié lors de l'ingestion et peu lorsque appliqués sur la peau dans un cosmétique.

Les phtalates de faible poids moléculaire (LMW), tels que le phtalate de diéthyle (DEP) et le phtalate de butylbenzyle (BBP) ont été utilisés dans la fabrication de produits cosmétiques (parfums, dénaturant d'éthanol, vernis à ongles).

Ce sont surtout ces trois types de phtalates qui ont un pouvoir Perturbateur Endocrinien (PE) oestrogénique :

- ① Le phtalate de di- (2-éthylhexyle) (DEHP).
- ② Le phtalate de butylbenzyle (BBzP ou BBP).
- ③ Le di-n-butyle phtalate (DBP).

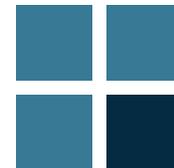
Classés cancérigènes, mutagènes, toxiques pour la reproduction (CMR), de nombreux phtalates ont été interdits dans la composition des cosmétiques en Europe en 2013 :

- DEHP = DOP = Di ethyl hexyl phtalate. On les trouve dans les objets en plastique, les gants, les cathéters. Il a été utilisé dans les parfums mais il est interdit en Europe au moins depuis 2013.
- BBP = Butyl benzyl phtalate. Le phtalate de butylbenzyle est utilisé dans les adhésifs, la colle. Il était utilisé dans les parfums mais il est interdit au moins depuis 2013.
- DBP = DiBP = Di butyl phthalate est utilisé dans les matériaux en PVC, les adhésifs. Il a été utilisé dans les vernis à ongle mais il est interdit depuis 2004.
- Le DINP (di isononyl phtalate) est utilisé dans les matériaux en PVC, les adhésifs. Il peut être retrouvé dans les laques.
- Le DNOP (Di n-octyl phtalate) est utilisé dans les tubulures médicales, les adhésifs.
- DIBP = Di isobuty phtalate était utilisé dans les vernis à ongles mais il est interdit depuis 2013.

Le Di ethyl phtalate (DEP) est utilisé comme solvant des parfums. Il reste autorisé à une concentration maximale de 50 % ou comme dénaturant de l'éthanol à une concentration maximale de 1 %. Il n'est interdit dans aucun pays.

Il n'est pas possible de distinguer si un phtalate donné est issu du cosmétique ou de l'emballage. Cependant, s'il s'agit d'un cosmétique interdit dans la formulation des cosmétiques et qu'il est présent dans le cosmétique analysé, le plus probable est qu'il ait été relargué de l'emballage dans le cosmétique ou qu'il y ait eu une contamination fortuite lors de la fabrication ou de la mise sous emballage.

Pour connaître le taux de relargage dans le cosmétique à partir du contenant, il faudrait suivre la concentration progressive dans le cosmétique et ce, phtalate par phtalate.



Une étude canadienne (Koniecki - 2011) a retrouvé dans les cosmétiques, à des concentrations basses, surtout du DEP (autorisé), puis par ordre décroissant du di-n-butyl phtalate (DnBP, non autorisé mais de façon récente lors de l'étude, dans 15/252 produits canadiens analysés), du DiBP (non autorisé 9/252), du DEHP (non autorisé, 8/252) et du DMP (1/252). Cela souligne que les contaminations sont rares mais qu'elles existent. Leur origine est mal connue.

Le niveau d'exposition aux phtalates dans les produits cosmétiques chez l'animal et chez l'homme ne présente pas un risque pour la santé. Leur présence dans les cosmétiques provient essentiellement des interactions contenant/contenu. Réviser les types de plastiques des contenants pourrait être une solution à long terme pour prévenir le relargage dans les cosmétiques.

La toxicité de certains phtalates et leur effet PE sont avérés dans de nombreuses études chez l'animal lors d'une exposition orale aux phtalates chez l'homme.

Le risque d'exposition aux Perturbateurs Endocriniens (PE) contenus dans les cosmétiques est un risque suspecté (mais non avéré aujourd'hui) en raison de la résorption (passage dans le sang) de la molécule et des effets systémiques potentiels qui pourraient en résulter après application sur la peau.

Soulignons que d'autres PE des plastiques, les bisphénols ne sont jamais dosés dans les cosmétiques. Ils n'entrent pas dans leur composition mais leur relargage à partir des contenants est inconnu.

LES COSMÉTIQUES EN VRAC, EST-CE UNE BONNE IDÉE ?

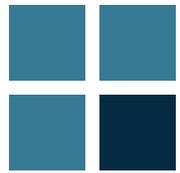
Sensibilisés à la dégradation de notre environnement, de plus en plus de consommatrices/consommateurs changent de mode de consommation dans l'objectif d'éviter les emballages plastiques... Mais est-ce pertinent ?

Un certain nombre de consommateurs sont amenés à utiliser un emballage en verre (réutilisable à vie selon les fabricants...) pour récupérer et stocker leur crème. Avoir recours à des emballages en verre pourrait être une alternative, mais qui n'est pas adaptée à certains cosmétiques, comme les produits de maquillage par exemple et qui pose le problème de risque de casse et de blessures associé à celui du problème de la gestion des déchets.

De plus, le risque de contamination infectieuse et de pullulation des bactéries à l'intérieur est réel.

Enfin, cela ne résout pas complètement le problème car les cosmétiques vendus et distribués en vrac sont contenus dans de grands emballages plastiques. Les cosmétiques sont donc directement en contact avec les plastiques et la contamination par un perturbateur endocrinien est possible à ce stade.

À noter que certains fabricants de cosmétiques proposent déjà des emballages à faible taux de plastique.



FAUT-IL FAIRE CONFIANCE AUX ALLÉGATIONS « PEAU SENSIBLE ET RÉACTIVE » OU « HYPOALLERGÉNIQUE » ?

Pure invention marketing trompeuse pour les patients allergiques, le terme « hypoallergénique » était doublement délétère, car les patients allergiques sont faussement rassurés par cette mention qui ne repose sur aucun référentiel.

Il va sans doute être progressivement remplacé par « peau sensible et réactive ». Nous regrettons que le terme choisi ne soit pas plus scientifique.

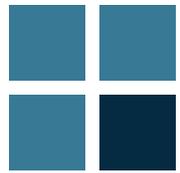
L'utilisation des « sans » comme « sans conservateur », ou encore « sans parabène » ou « sans substance allergène » est également interdite. Seule est autorisée la mention « sans » qui permet un choix éclairé pour un ou des groupes spécifiques d'utilisateurs (par exemple : « sans ingrédient dérivé d'animaux », pour les végétariens).

Nous recommandons à nos patients allergiques de n'acheter que des cosmétiques dont la liste de tous les ingrédients est indiquée et de continuer à rechercher sous la mention « ingrédients », l'absence d'une molécule (sous le code INCI) à laquelle ils sont sensibilisés, dans la liste des composants d'un cosmétique.

En conclusion, il faut exiger des fabricants de cosmétiques de limiter, voire de supprimer, les ingrédients PE dans les cosmétiques, mais également de suivre le relargage à partir des emballages et du process de fabrication.

Il est important de développer les évaluations des interactions contenu/contenant, non pas seulement à la sortie de l'usine, mais après plusieurs mois de conditionnement. Il faut savoir précisément ce que l'on reproche à chaque ingrédient et adapter son raisonnement : toxicité pour l'homme et/ou pour l'environnement ? Pour quel type de peau ? Quelle est la surface exposée ? Cosmétique rincé ou non après application ?





■ ACTUALITÉS SUR LA PRISE EN CHARGE DES VULVODYNIES

*D'après un entretien avec le Docteur Jean-Noël DAUENDORFFER,
Dermatologue, AP-HP, Hôpital Saint-Louis, Paris,
Secrétaire du groupe maladies ano-génitales de la SFD.*

QU'EST-CE QU'UNE VULVODYNIE ?

La vulvodynie est une douleur persistante (plus de 3 mois) sans cause identifiable. Elle peut concerner toute la vulve ou, plus souvent, une partie de celle-ci, notamment l'entrée du vagin appelée vestibule.

La douleur peut se manifester de manière spontanée, en l'absence de tout contact local, par une sensation de brûlure, de picotement, de tiraillement ou de sécheresse ou peut être provoquée par le contact des vêtements, des tampons, lors de rapports sexuels ou lors d'un examen gynécologique, sans aucun signe extérieur d'infection ou d'affection cutanée.

Il existe des formes mixtes de vulvodynie avec des douleurs à la fois spontanées et provoquées.

QUELLE EN EST L'ORIGINE ?

Elle est le résultat d'un dysfonctionnement du système de modulation de la douleur. En temps normal, la douleur est un signal d'alarme qui alerte sur l'existence de lésions d'un tissu. En cas de vulvodynie, le cerveau reçoit l'information « douleur » en l'absence de toute lésion tissulaire et les mécanismes de la douleur sont défaillants.

Des douleurs vulvaires persistantes peuvent être en lien avec des maladies inflammatoires telles que le lichen, une mycose récidivante, des lésions cancéreuses ou pré-cancéreuses, voire des cicatrices d'épisiotomie.

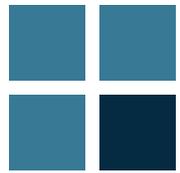
QUELLE EST LA PRÉVALENCE DE LA VULVODYNIE EN FRANCE ?

La prévalence de la vulvodynie n'est pas connue en France, mais elle vient d'être évaluée en Espagne où les chiffres sont publiés dans un article scientifique paru en 2019. Elle est estimée à 6,6 % chez les femmes de plus de 18 ans. Nous pouvons vraisemblablement partir sur les mêmes bases en France.

COMMENT ÉTABLIT-ON LE DIAGNOSTIC DE VULVODYNIE ?

Dans la grande majorité des cas, le diagnostic de vulvodynie est porté lors de l'examen clinique complété de l'interrogatoire et ne nécessite pas d'examen complémentaire. Lorsqu'une autre maladie cutanée est présente, le médecin doit établir que la maladie identifiée ne peut expliquer à elle seule la douleur persistante.

Il faut également exclure les causes infectieuses, inflammatoires, cancéreuses et traumatiques de douleur vulvaire persistante.



LA VULVODYNIE EST-ELLE ASSOCIÉE À D'AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ ?

En raison de cet état douloureux persistant, des tensions ou des anomalies de la commande des muscles périnéaux péri-vulvaires sont souvent présents. D'autres douleurs sans cause identifiable sont souvent associées à la vulvodynie : envies fréquentes d'uriner, douleurs du bas ventre, fibromyalgie (douleurs articulaires et musculaires diffuses), syndrome du colon irritable...

QUELLES SONT LES TRAITEMENTS DISPONIBLES ? ET PEUT-ON GUÉRIR DE LA VULVODYNIE ?

En tout premier lieu, la notion de douleur ne doit pas être négligée, ni sa réalité remise en cause. Le médecin doit prendre en compte les différentes composantes de la douleur et les répercussions de cette douleur sur la qualité de vie tout comme sur l'activité sexuelle.

Au niveau local, la muqueuse doit être correctement hydratée avec une crème à base d'œstrogènes ou une crème hydratante et cicatrisante et en utilisant des lubrifiants pour les rapports sexuels. Un anesthésique local peut être utile pour « faire oublier » la douleur pendant les rapports sexuels et des antalgiques par voie orale pourront être proposés.

Des séances de rééducation périnéale par un kinésithérapeute ayant une bonne connaissance de cette pathologie, s'avèrent utiles pour lutter contre le dysfonctionnement musculaire.

La part émotionnelle de la douleur sera prise en charge grâce à une approche psycho-corporelle (hypnose, relaxation, méditation etc.), voire une psychothérapie cognitivo-comportementale. Enfin, une consultation de sexologie en couple peut s'avérer utile pour compléter le traitement.

De nouvelles approches thérapeutiques sont à l'étude avec deux essais en cours en France, l'un sur l'intérêt de la toxine botulique dans la prise en charge des vulvodynies, l'autre sur l'intérêt des patchs de capsaïcine.

La vulvodynie n'est pas une maladie incurable et l'état de la majorité des patientes s'améliore grâce à la mise en œuvre d'un accompagnement médical approprié. L'amélioration spontanée est également possible.





■ DERMATOLOGIE COSMOPOLITE ET DES VOYAGES

D'après un entretien avec le Professeur Éric CAUMES, Infectiologue et Chef du service maladies infectieuses et tropicales, Hôpital La Pitié-Salpêtrière (AP-HP), et Docteur Gentiane MONSEL, Infectiologue, service des maladies infectieuses et tropicales, Hôpital La Pitié-Salpêtrière (AP-HP).

INFORMER AVANT LE DÉPART POUR PRÉVENIR LES RISQUES PENDANT LE SÉJOUR ET SAVOIR PRENDRE EN CHARGE AU RETOUR

Les dermatoses, d'origine infectieuse ou environnementale, représentent l'un des 3 problèmes de santé les plus fréquents en voyage et l'une des principales causes de consultation au retour de voyage.

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Les étiologies les plus fréquentes sont les infections bactériennes (dermohypodermite, pyodermite et abcès), la larvamigrans cutanée ankylostomienne (LMCa) et les réactions aux piqûres ou morsures d'arthropodes qui se surinfectent fréquemment.

La démarche diagnostique consiste en premier lieu à s'interroger sur le type de séjour (lieu, durée, saison), le voyageur (mode de voyage, respect des précautions, expositions potentielles), la lésion (date de début et mode, les évolutions de la lésion, leur durée) et les compagnons de voyage (signes similaires).

Puis, l'examen clinique dermatologique détermine le type des lésions élémentaires (macule, papule, nodule, vésicule, pustule, bulle, plaque, érosion, ulcère, dermatite rampante), leur topographie (localisée, généralisée) et recherche les éventuels signes associés.

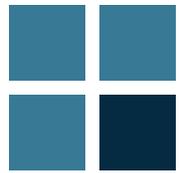
Il est complété par un examen général. Des examens complémentaires (biologique, histologique, microbiologique) peuvent être proposés en fonction des données cliniques recueillies.

Les infections cutanées cosmopolites sont très fréquentes et l'importation d'infections à staphylocoque doré résistantes à la méticilline est préoccupante

Les manifestations cutanées des infections cutanées bactériennes, souvent secondaires à des piqûres ou morsures d'arthropodes, sont diverses, de l'érysipèle à la fasciite nécrosante, en passant par l'impétigo, l'ecthyma et les abcès.

Les bactéries en cause sont le plus souvent les pyogènes¹.

¹ Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes.



L'aspect clinique permet, dans la plupart, des cas d'orienter le diagnostic bactériologique :

- L'impétigo (bulle, pustule ou érosion post-bulleuse) peut-être streptococcique et/ou staphylococcique.
- Les infections folliculaires et les abcès sont presque toujours d'origine staphylococcique.
- L'ecthyma (ulcère, croûte) est le plus souvent streptococcique.
- Les dermohypodermes bactériennes aiguës (cellulites infectieuses) sont classiquement dues au streptocoque, mais d'autres bactéries doivent être envisagées s'il existe une envenimation marine ou une morsure animale.

Les infections à staphylocoque doré résistant à la méticilline, éventuellement sécréteur de la toxine de Panton-Valentine, sont de plus en plus fréquentes au retour de voyage.

Ce problème préoccupant d'antibio-résistance doit être pris en considération au moment du choix de l'antibiothérapie car une antibiothérapie empirique décidée selon les recommandations nationales est en échec dans environ 25 % des cas.

Le streptocoque du groupe A reste sensible à la pénicilline qui est le traitement de première intention.

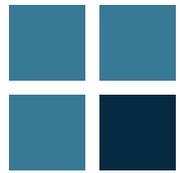
La gale est l'une des causes les plus fréquentes de démangeaisons généralisées chez les voyageurs. Un prurit diffus au retour de voyage doit faire évoquer une gale², surtout si il existe une notion de contagion ou de prurit dans l'entourage.

Les autres infections cosmopolites telles que les dermatophyties sont répandues dans le monde entier, mais leur fréquence est plus élevée dans les pays tropicaux ou subtropicaux.

Il en est de même pour le pityriasis versicolor causé par le malassezia furfur. Les teignes sont fréquentes chez les enfants de migrants.

2 <https://www.sfdermato.org/media/pdf/communique-presse/dossier-de-presse-jdp-2018-bcf1229bf0b8f3bceb78e91477db717e.pdf>
(Fiche V : La gale, par le Professeur Olivier CHOSIDOW).

3 La larvamigrans cutanée est due à des larves d'ankylostomes de chien, de chat ou d'autres mammifères. Elle est fréquente dans les pays tropicaux et subtropicaux où elle est transmise par contact direct de la peau avec des larves d'ankylostomes sur le sol (le plus souvent en s'allongeant ou en marchant sur les plages tropicales). La durée d'incubation est assez courte avec un délai médian de 15 jours entre l'arrivée dans le pays et le début des symptômes.



LES DERMATOSES TROPICALES

Les dermatoses tropicales (LMCa, leishmaniose cutanée, tungose et myiase surtout) sont fréquentes. La connaissance limitée de la Médecine tropicale par les médecins occidentaux peut entraîner un retard du diagnostic et donc du traitement efficace.

LARVAMIGRANS CUTANÉE ANKYLOSTOMIENNE : LA PLUS FRÉQUENTE³

La LMCa est la plus fréquente des dermatoses tropicales touchant le voyageur. Elle se manifeste cliniquement par une surélévation épidermique dessinant un sillon serpiginieux, mobile, mesurant environ 3 mm de diamètre et qui peut aller jusqu'à 15 à 20 cm de long.

Les zones en contact avec le sol sont les plus concernées (pieds, fesses) car la LMCa est acquise par contact direct de la peau avec les larves d'ankylostome de chiens, de chats ou d'autres mammifères présentes sur le sol.

Il faut connaître une forme particulière de LMCa, la folliculite ankylostomienne, souvent localisée au niveau des fesses, qui représente environ 10 % des formes cliniques de LMCa dans notre expérience.

L'efficacité du traitement par ivermectine est confirmée et c'est le traitement le plus conseillé en France, en prise unique (200 µg/kg), sauf en cas de folliculite ankylostomienne où le traitement doit être renouvelé 48h plus tard.

TRAITEMENT DE LA LEISHMANIOSE CUTANÉE : L'IMPORTANCE D'UN BON DIAGNOSTIC PARASITOLOGIQUE

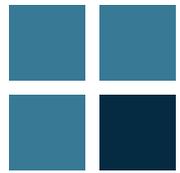
La leishmaniose cutanée localisée (LCL), transmise par piqûre de phlébotome est répandue dans les pays tropicaux et à la saison chaude dans les pays tempérés.

De toutes les formes cliniques de leishmaniose, c'est la plus fréquemment observée, plutôt chez les hommes et ceux voyageant pour des raisons professionnelles. Elle est caractérisée par un grand polymorphisme clinique (papule, nodule, plaque, ulcère, ou lymphangite nodulaire).

Le nombre des lésions cutanées, toujours localisées sur les zones découvertes, varie d'un à trois, rarement plus de 10.

La leishmaniose muqueuse est exceptionnelle chez les voyageurs, mais peut être observée chez les migrants ou chez des personnes immuno-déprimées.

³ La larvamigrans cutanée est due à des larves d'ankylostomes de chien, de chat ou d'autres mammifères. Elle est fréquente dans les pays tropicaux et subtropicaux où elle est transmise par contact direct de la peau avec des larves d'ankylostomes sur le sol (le plus souvent en s'allongeant ou en marchant sur les plages tropicales). La durée d'incubation est assez courte avec un délai médian de 15 jours entre l'arrivée dans le pays et le début des symptômes.



L'examen le plus sensible pour le diagnostic est la PCR (Polymerase Chain Reaction), mais le frottis cutané est positif dans plus de 90 % des cas de LCL. La PCR est utile pour identifier l'espèce de leishmanie en cause et orienter ainsi le traitement.

Les recommandations sur la prise en charge thérapeutique des LCL et muqueuses sont concordantes.

Le traitement en milieu spécialisé varie théoriquement en fonction de l'espèce identifiée, d'où l'importance d'un bon diagnostic parasitologique.

En pratique, quand il est possible (lésions peu nombreuses, de taille limitée, sans préjudice esthétique) le traitement intra-lésionnel, plus ou moins associé à la cryothérapie, est le traitement de première ligne de toutes les LCL de l'ancien monde et de plus en plus souvent dans les LCL du nouveau monde sauf pour les formes acquises en Guyane française et pour les formes où l'on suspecte *L.braziliensis*.

LES TUNGOSES ET MYIASSES CUTANÉES : CHERCHER LA PETITE BÊTE

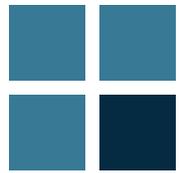
Les tungoses et les myiases furonculeuses, se manifestent par des papules et des nodules non prurigineux.

La tungose est due à l'infestation des tissus sous cutanés par *tunga penetrans*, puce des sables largement répandue sous les tropiques (Amérique latine, Caraïbes, Afrique et Côte-Est de l'Inde).

Elle se manifeste par un nodule centré par un point noir qui correspond à l'orifice de ponte. La lésion est unique ou multiple, localisée au niveau des orteils le plus souvent.

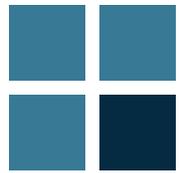
Les myiases désignent le parasitisme d'un être vivant à sang chaud par la larve d'un diptère (asticot). Il existe différents types de myiases, celles furonculeuses sont les plus fréquentes chez le voyageur, principalement dues à *cordylobiaanthropophaga* en Afrique subsaharienne et *dermatobia hominis* en Amérique latine. La lésion se présente sous la forme d'une papule puis d'un nodule érythémateux et douloureux, avec sensation de mouvement à l'intérieur de la lésion.

Le traitement de la tungose et des myiases furonculeuses repose sur l'extraction manuelle en service spécialisé. La prévention est capitale : port de chaussures pour la tungose, repassage du linge et protection vectorielle pour les myiases furonculeuses.



LES DERMATOSES ENVIRONNEMENTALES PEUVENT COMPLIQUER UN SÉJOUR OU UN RETOUR DE VACANCES

- Les dermatoses liées aux piqûres ou morsures d'arthropodes sont un des motifs les plus fréquents de consultation au retour de voyage. Les principaux arthropodes incriminés sont les moustiques, les punaises, les trombiculidés et les acariens.
L'une des manifestations cliniques les plus fréquentes est le prurigo dû à une hypersensibilité à des piqûres d'insectes (lésions papulo-vésiculeuses, prurigineuses, excoriées) localisées sur les zones découvertes. Le traitement repose sur les antihistaminiques et les dermocorticoïdes.
- Les dermatites de contact au retour de voyage peuvent être des dermatites irritatives ou de véritables eczémas de contact en cas de sensibilisation préalable. Le contact avec un arthropode (papillonite...) ou avec un végétal (mancenillier...) peut être un facteur déclenchant.
- Les envenimations d'origine marine (corail, poisson-pierre, méduse, vive, étoile de mer, raie, poisson lion, anémone de mer) sont beaucoup plus fréquentes que les envenimations terrestres (scorpion, serpent, araignée, scolopendre) qui sont exceptionnelles chez le voyageur.
Elles donnent un tableau clinique qui varie selon le mode d'envenimation (morsure, contact, piqûre) et l'animal responsable.
Dans certains cas, elles peuvent mettre en jeu le pronostic vital.
- Une urticaire aiguë survenant pendant ou au retour de voyage doit être prise en charge en réalisant un hémogramme à la recherche d'une hyperéosinophilie.
Sa présence oriente vers une cause parasitaire, habituellement une helminthose et un interrogatoire minutieux doit préciser les facteurs d'exposition : contact avec l'eau douce (bilharziose), consommation de viande peu cuite (trichinellose), de poissons crus (gnathostomose, anisakiase), de fruits et légumes crus et non lavés (ascaridiose) ou marche pieds nus (ankylostomose, anguillulose).
- La ciguatera est un type particulier d'intoxication liée à l'ingestion de poissons tropicaux (ichtyosarcotoxisme) associés aux récifs coralliens, répandu dans l'ensemble des régions intertropicales.
Elle se manifeste à la phase aiguë par des nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales ainsi que des paresthésies. Une phase chronique avec prurit diffus généralisé pouvant durer plusieurs mois succède à la phase aiguë.



SAVOIR RECONNAÎTRE LES SITUATIONS D'URGENCE

Certaines dermatoses s'intègrent dans le cadre d'une maladie générale avec des signes dermatologiques qui peuvent être au premier plan.

Ainsi, l'apparition d'un exanthème fébrile au retour de voyage est une urgence diagnostique et thérapeutique. Des hémorragies muqueuses associées à l'exanthème doivent faire suspecter une fièvre hémorragique, en se souvenant que la principale fièvre hémorragique au retour de voyage est la dengue.

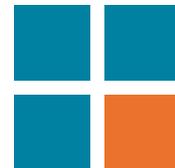
Les arboviroses (dengue, chikungunya, zika, West Nile Virus) et les rickettsioses sont les causes les plus fréquentes d'exanthème fébrile. D'autres infections tropicales fébriles et éruptives graves peuvent être suspectées : leptospirose, méningococcémie. Certaines de ces maladies peuvent également devenir autochtones si l'insecte vecteur existe dans le pays d'accueil (exemple du chikungunya en Italie, de la dengue et depuis octobre 2019 du zika en France).

LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)

Le voyage peut être synonyme de détente, voire de désinhibition et les voyageurs peuvent adopter des conduites sexuelles à risque et avoir des relations sexuelles occasionnelles et imprévues. Les IST les plus fréquentes sont l'herpès génital et l'urétrite aiguë gonococcique. Cependant, la primo-infection par le VIH ou la syphilis peuvent aussi être observées notamment chez les HSH. Il n'existe pas de particularité clinique, ni thérapeutique.

Pour partir tranquilles, les voyageurs doivent être à jour de leur vaccination antitétanique, être équipés pour prévenir les piqûres d'insectes et d'arthropodes et se protéger du soleil. La trousse à pharmacie doit inclure un dermocorticoïde, un antihistaminique et un antibiotique efficace contre les infections cutanées bactériennes.





■ MIEUX CONNAÎTRE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE PATHOLOGIE SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLE

UNE ASSOCIATION SCIENTIFIQUE HISTORIQUE

Association reconnue d'utilité publique par décret le 12 janvier 1895, la Société Française de Dermatologie et de Pathologie Sexuellement Transmissible (SFD) a été fondée le 22 juin 1889 sous le nom de Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie. Elle est administrée par un Conseil d'Administration comprenant 18 dermatologues libéraux et hospitaliers, renouvelés au tiers chaque année qui élisent les membres du Bureau - le Président, 3 Vice-Présidents, le Secrétaire Général et le Trésorier.

TROIS GRANDES MISSIONS

La SFD a pour objectif 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 MÉDICALE

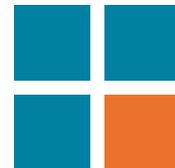
Aider au développement de la recherche médicale clinique, biologique et fondamentale dans les domaines de la Dermatologie et des infections sexuellement transmissibles, est l'une des priorités de la SFD, puisqu'une part importante de son budget y est consacrée. Afin de favoriser la recherche en Dermatologie 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.

LE FONDS DE DOTATION DE LA SFD

La Société Française de Dermatologie a créé son Fonds de dotation principalement afin de soutenir, promouvoir et valoriser la recherche en Dermatologie et en pathologie sexuellement transmissible. Le Fonds de dotation de la SFD a également pour objectif de former et informer sur la recherche en Dermatologie au travers notamment, d'actions d'information du grand public. Grâce au Fonds de dotation de la SFD, il devient possible pour tous de faire des dons et de participer à cet effort collectif pour la recherche en Dermatologie, l'information, la prévention et le traitement des maladies de peau.

ÉVALUATION ET RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE

L'amélioration continue de la pratique professionnelle en Dermatologie est également une des priorités de 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 et épidermoïdes, le mélanome, les IST et l'acné. 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 4 500 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 QUATRE SAISONS DE LA DERMATOLOGIE

Quatre séances à thème ont lieu chaque année un jeudi en janvier, mars, juin et octobre, à Paris.

LES ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE VÉNÉRÉOLOGIE

Revue périodique officielle de la SFD, les Annales présentent des travaux originaux et des articles de formation consacrés à la Dermatologie, aux maladies sexuellement transmissibles et à la biologie cutanée.

LES GROUPES THÉMATIQUES 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 les domaines 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.

LE BUREAU DE LA SFD

Présidente : Professeur Marie BEYLOT-BARRY.

Past-Président : Professeur Pascal JOLY.

Vice-Présidentes : Docteur Florence CORGIBET - Docteur Sandra LY.

Vice-Président : Professeur Emmanuel DELAPORTE.

Secrétaire Général : Professeur Nicolas DUPIN.

Trésorière : Docteur Isabelle MOULONGUET.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE

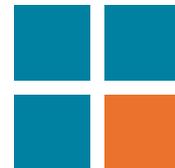
Maison de la Dermatologie

10 cité Malesherbes - 75009 Paris

Tél. : 01 43 27 01 56 - Fax : 01 43 27 01 86

Email : secretariat@sfdermato.com

Web : www.sfdermato.org - www.dermato-info.fr



■ LES SITES WEB DE LA SFD



SFDERMATO.ORG

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

➔ www.sfdermato.org

DERMATO-INFO.FR

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 aux 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.



➔ www.dermato-info.fr

DERMATO-RECHERCHE.ORG

Le site du Fonds de Dotation de la Société Française de Dermatologie, nouveau site de référence de la recherche en Dermatologie, est le rendez-vous de l'innovation et de la recherche pour tout connaître des projets de recherche en Dermatologie et des maladies cutanées concernées. Grâce au Fonds de Dotation de la SFD, il devient possible pour tous de participer à l'effort collectif pour la recherche en Dermatologie, l'information, la prévention et le traitement des maladies de peau et de faire des dons.



➔ www.dermato-recherche.org

DÉCOUVREZ LE SITE DU FONDS DE DOTATION de la Société Française de Dermatologie

NOUVEAU SITE DE RÉFÉRENCE DE LA RECHERCHE
EN DERMATOLOGIE

Le rendez-vous de l'innovation et de la recherche
pour tout connaître des projets de Recherche en Dermatologie
et des maladies cutanées concernées :



www.dermato-recherche.org

La Société Française de Dermatologie soutient la Recherche en Dermatologie.

Grâce au Fonds de Dotation de la SFD, il devient possible pour tous
de participer à l'effort collectif
pour la Recherche en Dermatologie, l'information, la prévention
et le traitement des maladies de peau et de faire des dons.



**LA RECHERCHE SUR LA PEAU
ÇA ME TOUCHE
JE M'IMPLIQUE !**

Tout sur la peau c'est dermato-info.fr

Conseillez à vos patients le site grand public de la SFD !



50 fiches encyclopédiques
des pathologies de la peau
accessibles à tous



un contenu validé
par la Société Française
de Dermatologie



270000 visiteurs
par mois



Dermato-info c'est aussi
une actualité au jour le jour
et des dossiers thématiques
depuis 2008.

dermato
INFO

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE



Société Française
de Dermatologie

CONTACT PRESSE

Florence PORTEJOIE - FP2COM

Tél. : 06 07 76 82 83 - Email : fportejoie@fp2com.fr

2
0
1
9



Journées
dermatologiques
de Paris

3-7 DÉCEMBRE

PALAIS DES CONGRÈS
PORTE MAILLOT - PARIS

COMITÉ D'ORGANISATION

N. BASSET-SEGUIN - M. SAMIMI - P-E. STOEENR

www.lesjdp.fr

ORGANISÉES PAR

