

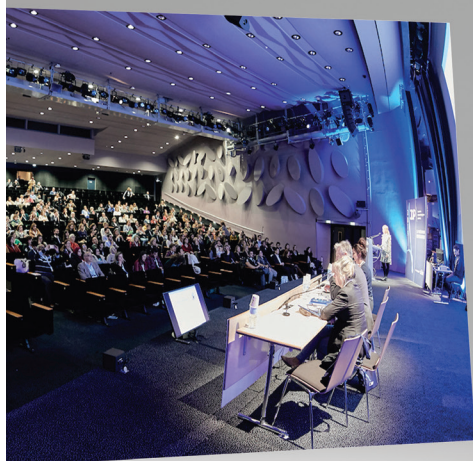


JDP 2021

DOSSIER DE PRESSE

JOURNÉES DERMATOLOGIQUES DE PARIS

ÉDITION 2021 - DU 30 NOVEMBRE AU 04 DÉCEMBRE
PALAIS DES CONGRÈS - PORTE MAILLOT



LES JDP 2021 DEVIENNENT HYBRIDES

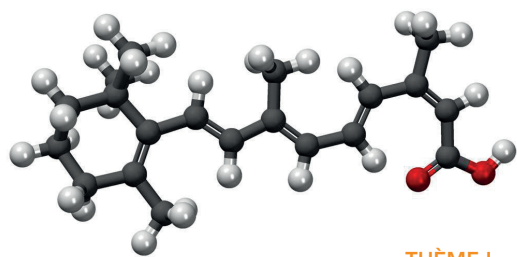
ASSISTEZ SUR PLACE AU GRAND RDV ANNUEL DE LA DERMATOLOGIE OU À DISTANCE SUR LA PLATEFORME DÉDIÉE DISPONIBLE À PARTIR DU 29 NOVEMBRE.
PLUS D'INFORMATIONS SUR LE SITE OFFICIEL DES JDP : WWW.LESJDP.FR



Journées
dermatologiques
de Paris



SOMMAIRE



THÈME I



THÈME II



THÈME IV



THÈME VI



THÈME X

THÈME I 2-3
Prescription d'isotrétinoïne orale en 2021 : mise au point
Pr Marie BEYLOT-BARRY

THÈME II 4-5
Vaccination anti-COVID et Dermatologie :
étude COVACSKIN
Dr Brigitte MILPIED

THÈME III 6-7
Anti-JAK en dermatologie : quelles perspectives dans la
stratégie thérapeutique ?
Pr Olivier DEREURE

THÈME IV 8-10
Vers des produits dermo-cosmétiques éco-responsables ?
Pr Annick BARBAUD

THÈME V 11-12
Les signes dermatologiques fréquents de génodermatoses
pas si rares
Dr Nathalia BELLON
Focus - Les traitements innovants des génodermatoses .. 13
Dr Olivia BOCCARA

THÈME VI 14-15
Dermatologie esthétique : limites éthiques
Dr Louise HEFEZ

THÈME VII 16-18
Maladies systémiques chez des patients de phototype VI
Pr Fatimata LY

THÈME VIII 19-20
Les formes de psoriasis autres que le psoriasis en plaques :
prise en charge au quotidien
Pr Carle PAUL
Focus - DELPHIPSO, ou comment actualiser les recommandations
dans la prise en charge du psoriasis 21
Pr Laurence FARDET

THÈME IX 22-23
L' ducation thérapeutique du patient à l'ère du numérique
Pr Audrey NOSBAUM

THÈME X 24-25
Cancérologie cutanée, comment annoncer une mauvaise
nouvelle aux patients ?
Myriam AUGER - Dr Mélanie SAINT-JEAN

MIEUX CONNAÎTRE LA SFD 26-29

THÈME I - PRESCRIPTION D'ISOTRÉTINOÏNE ORALE EN 2021 : MISE AU POINT

D'après un entretien avec le Pr Marie BEYLOT-BARRY, CHU de Bordeaux, Vice-Présidente du Centre de Preuves en Dermatologie (CDP) pour la SFD.

L'isotrétinoïne orale est actuellement le seul traitement potentiellement curatif des acnés sévères présentant un risque cicatriciel et un impact important sur la qualité de vie. Au printemps 2021, devant la persistance d'un nombre non négligeable de grossesses survenues sous isotrétinoïne, dont on connaît la tératogénicité, l'ANSM a émis de nouvelles recommandations de prescription, après concertation avec les professionnels de santé et les représentants de patients. Ces recommandations renforcent les mesures encadrant déjà la prescription d'isotrétinoïne orale.

Celle-ci est en effet très règlementée, nécessitant un consentement écrit des patients. Habituellement prescrite en deuxième intention, après échec des traitements initiaux notamment à base de cyclines, l'isotrétinoïne orale doit être initiée par le dermatologue afin de valider l'indication et d'adapter la prescription, tenant compte des risques d'effets secondaires qu'il faut savoir anticiper et gérer. En premier lieu, le risque tératogène impose **une contraception efficace** avant l'initiation du traitement, pendant toute la durée du traitement et pendant le premier mois suivant l'arrêt du traitement.

Concernant les troubles psycho-comportementaux rapportés, il est souvent difficile de faire la part entre l'origine médicamenteuse, l'acné elle-même ou les troubles psychologiques liés à l'adolescence. S'il n'a pas été relevé d'augmentation d'incidence des dépressions et des idées suicidaires à l'échelle populationnelle, un impact individuel avec un risque de décompensation psychique ne peut être exclu, nécessitant de rester fortement à l'écoute des patients.

Enfin, la sécheresse cutanéomuqueuse quasi-constante est souvent très inconfortable au quotidien et des soins émollients, des conseils adaptés pour limiter cette sécheresse, doivent être donnés pour accompagner au mieux les patients.

Outre les mesures déjà mises en place, des mesures de renforcement ont été instaurées :

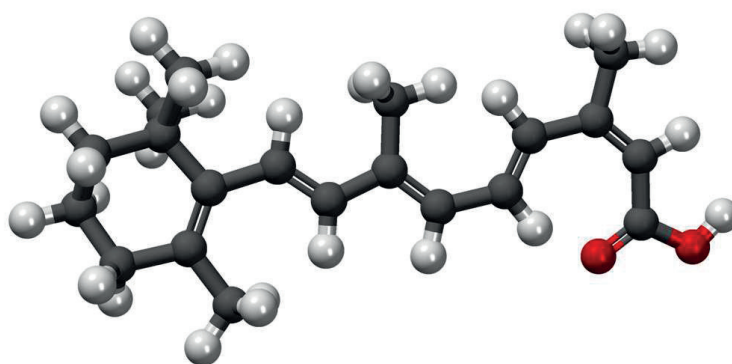
- ▶ Nécessité d'une double consultation avant toute initiation de traitement (une consultation d'information, suivie d'une consultation de prescription), afin de laisser un délai de réflexion suffisant au patient.
 - Toutefois, cette recommandation change peu les pratiques car une prescription d'isotrétinoïne ne se fait pas lors d'une première consultation.
- ▶ Prescription d'une contraception d'urgence et de préservatifs de façon systématique en cas de contraception orale (œstro-progestative ou progestative), considérée comme moins fiable qu'un DIU (Dispositif Intra-Utérin) ou un implant.
 - Il s'agit là d'une recommandation nouvelle dans la pratique.
- ▶ Suivi médical mensuel de tous les patients, y compris masculins, afin de s'assurer de la bonne tolérance du traitement au long cours.
 - Ce renouvellement peut être assuré par le dermatologue, mais aussi par le généraliste, ou en alternance, nécessitant une bonne coordination entre les deux.

THÈME I - PRESCRIPTION D'ISOTRÉTINOÏNE ORALE EN 2021 : MISE AU POINT

La diffusion de l'information et l'amélioration de la communication entre professionnels représentent donc des enjeux importants et des actions en ce sens doivent être menées. Il est nécessaire de développer des outils de communication entre professionnels de santé (courrier type, création de réseaux associant généralistes, gynécologues, psychiatres, ophtalmologues, pharmaciens...).

Il serait aussi souhaitable comme cela a été souligné lors des rencontres avec l'ANSM, de renforcer les outils d'information (leaflets, QR code sur les boîtes de médicaments renvoyant à des notices explicatives...) afin d'aider au mieux les patients avec des conseils pratiques dans la gestion des effets secondaires potentiels.

La SFD est un interlocuteur privilégié de l'ANSM et a déjà communiqué largement auprès des dermatologues, des généralistes et du grand public afin de rappeler le cadre de prescription de l'isotrétinoïne orale, médicament incontournable des acnés sévères, d'accompagner au mieux les patients et de diminuer l'incidence des grossesses sous traitement. Un projet d'information des pharmaciens, souvent premier interlocuteur des patients, est également en cours.



Isotrétinoïne (structure tridimensionnelle) - © MindZipper, DP

LIENS EXTERNES

SFD - 10/06/20215 - Recommandations de bonnes pratiques

Prise en charge de l'acné : traitement de l'acné par voie locale et générale

<https://www.sfdermato.org/media/pdf/recommandation/label-recommandations-acne-post-college-54ac60356d1b9584a71ccaac92cf3724.pdf>

ANSM - Publié le 18/02/2021 - Mis à jour le 16/03/2021

Traitement contre l'acné sévère avec isotrétinoïne orale : l'ANSM informe d'un risque potentiel de troubles neuro-développementaux en cas d'exposition pendant la grossesse

<https://ansm.sante.fr/actualites/traitement-contre-lacne-severe-avec-isotretinoine-orale-lansm-informe-dun-risque-potentiel-de-troubles-neuro-developpementaux-en-cas-dexposition-pendant-la-grossesse>

SFD - 11/05/2021 - Newsletter

Renforcement de l'information des patients et des professionnels de santé sur les risques associés à l'isotrétinoïne

<http://bit.ly/dermatomag-isotretinoine>

D'après un entretien avec le Dr Brigitte MILPIED, CHU de Bordeaux.

Plusieurs types de réactions cutanées secondaires à la vaccination COVID ont été rapportés dans la littérature scientifique. Des équipes étrangères ont déjà publié quelques travaux sur le sujet¹⁻⁶. Si les premières données semblent rassurantes, la plupart des réactions sont observées en regard du site d'administration du vaccin et ne s'aggravent pas à la deuxième injection, il paraissait important d'approfondir cette question et de mieux en comprendre les mécanismes physiopathologiques pour, *in fine*, permettre une information optimale et un meilleur encadrement des patients.

Afin de caractériser les signes cutanés apparaissant dans les jours suivant l'injection des différents types de vaccins anti-COVID, la Société Française de Dermatologie (SFD) a lancé l'étude COVACSKIN. Cette étude multicentrique consiste en un recueil de données réalisé sur la base du volontariat auprès de dermatologues libéraux et hospitaliers ayant observé chez leurs patients des réactions cutanées dans les jours suivant la vaccination.

Le recueil des données a été réalisé de façon anonyme, à partir du dossier médical du patient, par un dermatologue participant au projet, permettant de renseigner l'aspect clinique de la réaction, son délai d'apparition par rapport à l'injection, parfois des données histologiques et son évolution dans les jours suivants ainsi que la récurrence ou non lors de la deuxième ou troisième dose vaccinale. Des photographies, respectant naturellement l'anonymat du patient, ont également été colligées pour étayer cette recherche.

DES RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES RASSURANTS RAPPORTENT DES RÉACTIONS NON GRAVES ET TRANSITOIRES NE SE REPRODUISANT GÉNÉRALEMENT PAS À LA DEUXIÈME INJECTION

Au 30 septembre 2021, 196 dossiers (122 femmes et 74 hommes), d'âge moyen 56 ans (12 à 90 ans) avaient été recueillis. La plupart d'entre eux (81%) ne présentait pas d'antécédent d'atopie, ni d'antécédent d'allergie. Une dermatose antérieure connue était rapportée dans 30% des cas. Les vaccins concernés par cette étude sont principalement les vaccins ARN, 88% des cas (72,3% Pfizer, 15,9% Moderna), le vaccin adénovirus Astra-Zeneca ne représentant que 11,3% des cas et un seul cas ayant été rapporté avec le vaccin Janssen.

La plupart des réactions rapportées fait suite à la première injection de vaccin (146/196 = 74,5%). Le délai moyen d'apparition est de 5,6 jours. Les réactions localisées (25%) sont le plus souvent érythémateuses, œdémateuses et prurigineuses (38%) avec un placard large >10 cm (70%).

Les réactions généralisées sont les plus fréquentes (90%) avec en premier lieu l'urticaire (20%). Une analyse plus approfondie de la séméiologie des diverses réactions généralisées (papuleuses, œdémateuses, vésiculeuses) plus ou moins étendues observées est en cours.

Parmi les 146 fiches rapportées après la première injection de vaccin, 123 doivent avoir une deuxième injection pour un schéma vaccinal complet. Les données de tolérance de la deuxième injection n'ont été recueillies que pour seulement 71 patients. Celles-ci sont plutôt rassurantes, avec une récurrence seulement pour 28 d'entre eux (le plus souvent d'intensité équivalente ou atténuée et de présentation identique).

Le délai moyen de guérison de la réaction cutanée est de 19 jours d'après les premières données recueillies.

THÈME II - VACCINATION ANTI-COVID ET DERMATOLOGIE : ÉTUDE COVACSKIN

Les mécanismes physiopathologiques exacts de ces réactions cutanées nécessitent d'être précisés, mais il ne s'agit pas de réactions allergiques. Les vaccins anti-COVID sont en effet reconnus comme très immunogènes, ce qui pourrait favoriser la réactivation de pathologies cutanées anciennes ou pré-existantes, telles une maladie bulleuse ou un psoriasis ou d'autres types d'hyperréactivité cutanée. Ces réactions restent toutefois transitoires et ne contre-indiquent en aucun cas la poursuite de la vaccination.

L'étude française vient ainsi conforter les résultats de trois études précédemment publiées sur le sujet par des équipes américaines, espagnoles et anglaises¹⁻³. S'il existe des réactions cutanées parfois très importantes, susceptibles d'impressionner tant les patients que les médecins, ces dernières sont toujours spontanément résolutive sans séquelle en quelques jours. Elles surviennent très majoritairement lors de la première injection et ne se reproduisent que dans 30% des cas à la seconde injection dans des formes similaires, mais d'intensité souvent moindre, ne contre-indiquant en aucun cas la poursuite de la vaccination.



Photo d'illustration - © Creative Commons Pexels

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. McMahon Devon E et al. Cutaneous reactions reported after Moderna and Pfizer COVID-19 vaccination: A registry-based study of 414 cases. J Am Acad Dem 2021; 85(1): 46-55 (doi.org/10.1016/j.jaad.2021.03.092)
2. Menni C et al. Vaccine side-effects and SARS-CoV-2 infection after vaccination in users of the COVID Symptom Study app in the UK: a prospective observational study. The Lancet 2021. (doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00224-3)
3. Catala A et al. Cutaneous reactions after SARS-COV-2 vaccination: A cross-sectional Spanish nationwide study of 405 cases. BJD 2021. (doi: 10.1111/BJD.20639)
4. Corbeddu M et al. Transient cutaneous manifestations after administration of Pfizer- BioNTech COVID-19 Vaccine: an Italian single-centre case series. JEADV 2021. (doi: 10.1111/jdv.17268)
5. Johnston Margaret S. et al. Delayed Localized Hypersensitivity Reactions to the Moderna COVID-19 Vaccine. A Case Series. JAMA Dermatol 2021 (doi:10.1001/jamadermatol.2021.1214)
6. Blumenthal Kimberly G et al. Delayed Large Local Reactions to mRNA-1273 Vaccine against SARS-CoV-2. N Engl J Med; 384;13 (doi: 10.1056/NEJMc2102131)

THÈME III - ANTI-JAK EN DERMATOLOGIE : QUELLES PERSPECTIVES DANS LA STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE ?

D'après un entretien avec le Pr Olivier DEREURE, CHU de Montpellier.

La voie de signalisation JAK-STAT (*Janus Kinases-Signal Transducers and Activators of Transcription*) est impliquée dans un grand nombre de processus prolifératifs et inflammatoires. Il est donc légitime de s'intéresser aux molécules susceptibles d'interférer avec cette voie et de la bloquer pour contrôler des situations pathologiques liées à une activité excessive de ces voies.

Après des premiers travaux réalisés avec le tofacitinib dans le psoriasis en dermatologie il y a plus d'une quinzaine d'années, ces molécules ont connu depuis lors un développement rapide dans des indications majeures, notamment en rhumatologie et en hématologie. Potentiellement nombreuses, les indications en dermatologie ne sont pas en reste notamment dans les maladies inflammatoires et d'origine immunitaire mais restent aujourd'hui à préciser.

LA VOIE JAK-STAT, UNE VOIE DE SIGNALISATION UBIQUITAIRE COMPLEXE

La voie de signalisation JAK-STAT est impliquée dans la réponse aux agents pathogènes, l'inflammation, la différenciation et prolifération cellulaires et l'oncogénèse. Il existe plusieurs niveaux de régulation afin d'en moduler finement l'activité et ces éléments commencent à être bien connus.

Les Janus Kinases sont des protéines cytoplasmiques à activité tyrosine kinase, liées notamment à des récepteurs transmembranaires de cytokines de type I et II. La fixation de la cytokine sur le récepteur active la molécule JAK associée au récepteur, ce qui aboutit à l'activation de protéines d'aval appelées STAT (*Signal Transducers and Activators of Transcription*) qui migrent dans le noyau où elles modulent la transcription de gènes spécifiques.

LES INHIBITEURS DE JAK-STAT, UNE RÉGULATION FINE QUI NÉCESSITE D'ÊTRE MAÎTRISÉE

Contrairement aux biothérapies qui n'ont qu'une cible unique, les inhibiteurs de JAK, de plus en plus nombreux, peuvent bloquer simultanément plusieurs voies de réponse cellulaire aux cytokines inflammatoires (IL-4, IL-13 ou IL-17 entre autres), mais aussi plusieurs autres voies de l'inflammation et ainsi réguler l'immunité innée et adaptative. Le degré d'inhibition varie en fonction du type de molécule inhibitrice et de la molécule JAK avec laquelle l'inhibiteur interagit. L'action de ces molécules est donc très complexe, ce qui se traduit par des spectres d'efficacité et d'effets indésirables différents.

Il est important aujourd'hui de bien préciser leurs indications et leur place dans les stratégies thérapeutiques et d'évaluer leurs effets indésirables ainsi que leurs modalités de surveillance. Des alertes ont été émises sur la survenue d'accidents thrombo-emboliques, de cardiopathies ischémiques et de maladies prolifératives avec une mise en cause du tofacitinib dans la survenue de cancer du poumon non à petites cellules. Quelques publications sur la survenue de tumeurs cutanées épithéliales sont également rapportées mais nécessitent d'être confirmées.

THÈME III - ANTI-JAK EN DERMATOLOGIE : QUELLES PERSPECTIVES DANS LA STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE ?

UN ESPOIR POUR LE TRAITEMENT DE NOMBREUSES PATHOLOGIES INFLAMMATOIRES EN DERMATOLOGIE

Les indications phares actuellement sont le psoriasis et surtout, la dermatite atopique. Les anti JAK sont également prometteurs dans certaines maladies orphelines telles que le vitiligo ou la pelade. Ces molécules sont souvent efficaces dans ces indications par voie générale et/ou locale, mais l'effet est suspensif avec réapparition fréquente des lésions à l'arrêt du traitement.

D'autres indications potentielles plus marginales commencent également à apparaître telles que le granulome annulaire, la sarcoïdose ou encore la maladie de Verneuil, mais toutes les maladies d'origine inflammatoire impliquant les voies de signalétiques inflammatoires sont potentiellement répondeuses à ces molécules.

Dans la dermatite atopique, il s'agit d'une prescription de deuxième intention, initiée uniquement en milieu hospitalier compte-tenu des contre-indications et du manque de recul sur leur utilisation. Si certaines molécules sont indiquées dans le rhumatisme psoriasique, il n'existe pour l'instant pas d'AMM dans le psoriasis cutané.

De nombreux essais sont en cours sur une utilisation sous forme topique, mieux tolérée que la voie systémique, notamment dans le psoriasis, la dermatite atopique, le vitiligo et la pelade avec des résultats encourageants pour certaines indications comme le vitiligo.

Plus d'une dizaine de molécules ont été testées dans différentes indications dermatologiques, notamment en cas d'impasse thérapeutique, mais il reste encore des incertitudes sur le maintien de leur efficacité dans le temps, leur tolérance au long cours et *in fine* le rapport bénéfices/risques. Si ces molécules présentent de nombreuses perspectives de développement, leur place dans la stratégie thérapeutique reste toutefois à mieux définir en sachant que leur coût reste aujourd'hui (très) élevé.

THÈME IV - VERS DES PRODUITS DERMO-COSMÉTIQUES ÉCO-RESPONSABLES ?

D'après un entretien avec le Pr Annick BARBAUD, Hôpital Tenon, Paris.

Qu'il s'agisse des contenants ou de leurs contenus, une vague « verte » souffle depuis quelques temps sur la cosmétologie afin de supprimer des ingrédients potentiellement toxiques pour la santé et l'environnement. Cette nécessaire remise en question pose néanmoins la question des solutions de remplacement qui soulèvent parfois d'autres problématiques. Et si une partie de la solution venait de nos changements de comportement ?

VERS UNE RÉDUCTION OU UNE SUPPRESSION DES PLASTIQUES ?

Les plastiques contenus dans les emballages et présents dans certains produits cosmétiques posent la double question de leur toxicité en tant que perturbateurs endocriniens et de leur impact environnemental majeur. Une réflexion est engagée pour limiter leur utilisation.

La composition des contenants à revoir pour réduire leur toxicité potentielle

Les phthalates ont été utilisés comme ingrédients cosmétiques mais sont bannis (sauf un) depuis plusieurs années de la formulation des produits cosmétiques en raison de leur effet perturbateur endocrinien. Utilisés comme agents plastifiants dans la composition des contenants, ils sont à ce titre susceptibles d'être relargués dans les produits cosmétiques en raison des interactions contenant/contenu pendant le stockage des matières premières et lors du conditionnement du produit fini. Il est donc maintenant possible de les retrouver dans les produits cosmétiques essentiellement en raison de la réaction contenant/contenu.

Moins étudiés dans les cosmétiques quoique largement répandus dans les emballages, **les epoxy** (bisphénol A = BPA) posent le même problème. Ils s'avèrent également perturbateurs endocriniens de premier ordre puisqu'ils ont été initialement développés en thérapeutique comme analogue des estrogènes ! Mauvais médicament, ces molécules ont finalement été récupérées par l'industrie en raison de leurs propriétés plastifiantes et optiques.

Quelle solution pour les microbilles des gommages ?

Les exfoliants et les produits de gommage ont longtemps été réalisés à partir de ces microbilles de plastique posant un énorme problème de pollution des eaux et des océans en raison de leur caractère non biodégradable. À la suite de la mobilisation forte d'une ONG, ces microbilles plastique ont finalement été retirées des produits cosmétiques. Cependant, les solutions de remplacement à base de poudre minérale ou de noyaux d'abricots s'avèrent très imparfaites car l'extraction de pierre dans les carrières dénaturent et polluent les paysages, et la poudre de noyaux d'abricots est irritante, en particulier pour des peaux atopiques ou les peaux sensibles...

Le gant de crin reste probablement à ce jour la mesure recommandée la plus éco-efficace sur les peaux normales.

THÈME IV - VERS DES PRODUITS DERMO-COSMÉTIQUES ÉCO-RESPONSABLES ?

LES SOLUTIONS ALTERNATIVES POUR RÉDUIRE LES EMBALLAGES POSENT DE NOUVELLES QUESTIONS

- ▶ La suppression des emballages individuels et la cosmétique « en vrac » soulèvent la difficile question du risque de contamination bactérienne et du stockage.
- ▶ La réduction de 50% des plastifiants dans les contenants avec des emballages moitié plastique/moitié carton déjà élaborés par certains fabricants est une autre piste de réflexion qui mérite d'être encouragée et améliorée.
- ▶ Il faut limiter les échantillons dans des petits contenants en plastique, même s'ils sont pratiques pour les voyages !
- ▶ De nouvelles formes galéniques, solides à réhydrater par exemple, sont commercialisées. Elles s'avèrent utiles par exemple pour les shampoings dont la composition riche en eau impose des contenants hermétiques volumineux qui pourraient ainsi être supprimés, à condition de garantir toutefois l'efficacité des formulations sans eau pour certains produits et que ces derniers ne fondent pas trop vite dans la salle de bain.
- ▶ La mode du « *home made* » qui a l'avantage de supprimer la problématique de l'emballage nécessite plusieurs précautions :
 - Vérifier au préalable la composition des produits servant de base aux préparations car ils ne sont pas toujours exempts de conservateurs.
 - Être bien conseillé afin d'avoir une formule parfaitement adaptée à votre peau en précisant très finement les dosages requis.
 - Respecter parfaitement la formulation. Les Huiles Essentielles (HE), qui entrent généralement dans la composition des produits, doivent être utilisées de façon rigoureuse et avec précaution. Une enquête du groupe dermato-allergologique de la SFD montre que 60% des allergies aux HE surviennent chez des sujets les ayant utilisés sans conseil du vendeur !
 - Rester vigilant à une utilisation extemporanée des préparations en raison des risques de contamination bactérienne.
 - Rester modéré dans leur utilisation, les HE de lavande et de teatree contiennent des molécules « *perturbateurs endocriniens* ».

Une réflexion globale à la fois médicale et écologique doit impérativement être poursuivie sur les modalités de conditionnement des produits associée à une révision de la composition des contenants. Cette démarche mérite d'être soutenue et encouragée car elle en est encore à ses balbutiements, les solutions alternatives aux composants plastiques des emballages cosmétiques véritablement écologiques et sûres pour la santé restent encore à inventer.

MODIFIER NOS COMPORTEMENTS POUR OPTIMISER L'UTILISATION DES ÉCRANS SOLAIRES

Outre leur effet perturbateur endocrinien (benzophénones, cinnamates et benzylidène camphres) et leur action photosensibilisante pour certains d'entre eux, les écrans solaires ont un impact important sur l'environnement en raison des constituants relargués par les baigneurs... Au moins 25% de la quantité de crème solaire appliquée se retrouve en effet dans l'eau de baignade, ce qui représente une libération potentielle de 4 000 à 6 000 tonnes par an, susceptibles de se déposer sur les massifs coralliens...

THÈME IV - VERS DES PRODUITS DERMO-COSMÉTIQUES ÉCO-RESPONSABLES ?

On estime que 10 % des récifs au monde sont potentiellement menacés de blanchissement, certes lié grandement au réchauffement climatique et à la pollution des eaux de ruissellement, mais aggravé aussi par les protections solaires. Le potentiel de toxicité sur les coraux *in vitro* n'est pas limité aux filtres solaires chimiques.

En regard de cette menace écologique, l'explosion du nombre de cancers cutanés, et en particulier de mélanomes, oblige à proposer des protections de la peau extrêmement efficaces face aux UV afin de tenter de limiter leur impact.

Rappelons que des mesures simples et efficaces peuvent être mises en place permettant de protéger à la fois l'individu tout en préservant l'environnement :

- ▶ Protection vestimentaire lors des journées ensoleillées avec des vêtements à manches longues, des chapeaux à larges bords, des jupes longues et des pantalons.
- ▶ Respect des consignes de non exposition solaire entre 11h et 16h.
- ▶ Application d'un écran solaire d'indice suffisant (30 ou 50), en privilégiant les écrans minéraux sans nanoparticules et en répétant les applications, même s'il donne un effet blanc.
- ▶ Étude de tout nouveau filtre solaire pour son action de perturbateur endocrinien.
- ▶ Efficacité des écrans assurée : rapport protection UVB/UVA = 3, produit stable y compris à 40°C.

Afin de préserver la faune aquatique, il pourrait être suggéré d'appliquer sa crème solaire à la sortie de l'eau. Toutefois, la peau mouillée n'étant pas le support habituel de ces produits, leur efficacité peut être modifiée et la protection plus faible que celle annoncée. Enfin, peut-être faudrait-il travailler sur la représentation culturelle peau pâle *versus* peau bronzée et changer de mode pour préserver l'environnement et sa peau, la priorité absolue étant de stopper « l'épidémie de cancers cutanés ».



Photo d'illustration - © divanessa@orange.fr

THÈME V - LES SIGNES DERMATOLOGIQUES FRÉQUENTS DE GÉNODERMATOSES PAS SI RARES

D'après un entretien avec le Dr Nathalia BELLON, Hôpital Necker-Enfants Malades, Paris.

ÉVOQUER UNE NEUROFIBROMATOSE DE TYPE 1 DEVANT DES TACHES « CAFÉ AU LAIT » MULTIPLES CHEZ L'ENFANT

La neurofibromatose 1 (NF1) est une maladie génétique transmise sur un mode autosomique dominant, dont la première manifestation au cours de la vie est l'apparition de taches « *café au lait* » cutanées, pouvant être nombreuses dès les premiers mois de vie. Par ailleurs, la NF1 prédispose au développement de tumeurs, cutanées bénignes comme les neurofibromes, ou plus rarement malignes, par exemple du système nerveux ou des tissus mous. Les neurofibromes, notamment dans leur forme plexiforme, peuvent être volumineux et entraîner une gêne fonctionnelle de degré variable voire un risque vital.

Même s'il existe des formes pauci-symptomatiques chez l'adulte (présence uniquement de quelques taches cutanées), le diagnostic de NF1 n'est cliniquement confirmé que si ces lésions cutanées sont en nombre supérieur à 6 et associées à au moins un autre signe évocateur.

Chez l'enfant, en revanche, la seule présence de taches « *café au lait* » multiples est suffisante pour évoquer le diagnostic, en particulier si leur forme est ovale. Il faut alors compléter l'examen avec un examen clinique, neurologique rigoureux, surveiller régulièrement la croissance et faire pratiquer une IRM cérébrale au dépistage (notamment afin de dépister la présence d'un gliome des voies optiques), organiser un suivi ophtalmologique et orthopédique réguliers en centre de référence ou auprès de spécialistes avertis.

L'évolution et les complications sont très variables d'un individu à l'autre au cours de la vie. Chez l'enfant, on surveillera plus particulièrement la croissance (risque de puberté précoce), on recherchera d'éventuels troubles des apprentissages notamment en début de primaire (plus fréquents que dans la population générale) et on dépistera l'apparition d'une scoliose notamment vers l'adolescence.

PENSER À UNE ÉPIDERMOLYSE BULLEUSE DEVANT DES BULLES OU ÉROSIONS SUR DES ZONES DE FROTTEMENT CHEZ L'ENFANT

En dehors des situations plus sévères d'aplasies cutanées congénitales avec fragilité cutanée importante dès les premiers jours de vie, orientant rapidement vers le diagnostic d'Épidermolyse Bulleuse Héréditaire (EBH), la plupart des formes d'EBH se manifestent par une fragilité cutanée variable dans les premières années de vie. Il faut savoir évoquer ce diagnostic devant des bulles (phlyctènes) localisées apparaissant précocement chez l'enfant, notamment aux zones d'appui ou de frictions, à l'âge du « 4 pattes », lors de l'apprentissage de la marche, au niveau des pieds, ou en périodes de chaleur. Des grains de milium ou des anomalies unguéales, notamment des gros orteils, à type d'ongles incarnés ou dystrophies unguéales, peuvent être évocateurs.

Dans les formes de transmission autosomique dominante, l'examen des parents est important, car il n'est pas rare d'y déceler des signes d'une EBH non diagnostiquée jusqu'alors. En cas de suspicion d'EBH, la famille sera adressée vers un centre de référence ou de compétence pour le diagnostic (éventuellement guidé par la réalisation de biopsies cutanées ou des analyses génétiques) et une prise en charge adaptée.

ICHTYLOSES CONGÉNITALES : LA CONFUSION AVEC UNE DERMATITE ATOPIQUE OU UN PSORIASIS N'EST PAS RARE

L'ichtyose vulgaire, due à un déficit en filaggrine, peut se manifester par une xérose (peau sèche) et des manifestations atopiques. De même, l'ichtyose liée à l'X, due à un déficit en stéroïde sulfatase, est une ichtyose assez fréquente, caractérisée par des squames brunes adhérentes épargnant les plis.

THÈME V - LES SIGNES DERMATOLOGIQUES FRÉQUENTS DE GÉNODERMATOSES PAS SI RARES

Le syndrome de Netherton, lié à des mutations du gène SPINK5 codant pour la protéine LEKTI et caractérisé par une érythrodermie ichtyosiforme, est souvent confondu au cours de la petite enfance avec la dermatite atopique ou un psoriasis. Bien que les manifestations apparaissent généralement très précocement, dès les premiers jours de vie, le diagnostic peut être porté plus tardivement à l'adolescence voire à l'âge adulte, après une errance diagnostique de plusieurs années.

Des anomalies pilaires (trichorrhéxis invaginata) peuvent orienter le diagnostic, de même que des lésions d'ichtyose linéaire circonflexe qui sont très évocatrices (lésions érythémateuses avec desquamation périphérique en double collerette). La pratique d'une biopsie cutanée avec immuno-marquage LEKTI et/ou des analyses génétiques en centre de référence permettent de confirmer le diagnostic et de mettre en place une prise en charge et un suivi adaptés.

DES CANCERS CUTANÉS RÉVÉLATEURS DE GÉNODERMATOSES

Certaines génodermatoses ont une expression plus tardive et prédisposent aux cancers cutanés ou à d'autres tumeurs, tel le Syndrome de Birt-Hogg-Dubbe qui se caractérise par des trichofolliculomes au niveau du visage, des tumeurs rénales et des kystes pulmonaires.

Le syndrome de Gorlin prédispose aux naevus baso-cellulaires multiples, ainsi qu'aux cancers cutanés et extra-cutanés. C'est la précocité d'apparition, la multiplicité des lésions et souvent une dysmorphie caractéristique qui doivent alerter et faire rechercher d'autres signes. Un suivi multidisciplinaire sera indiqué.

Le Xeroderma Pigmentosum, lié à des anomalies de réparation de l'ADN, prédispose quant à lui aux cancers cutanés (carcinomes baso et spino cellulaires, mélanomes) mais également aux cancers extra-cutanés (système nerveux central, hémopathies malignes, cancers urologiques...).

L'expression clinique cutanée des génodermatoses peut être trompeuse et source d'errance et de retards diagnostiques. C'est l'association de signes multiples et/ou l'apparition précoce de manifestations cutanées répétitives qui doivent faire évoquer une génodermatose et rechercher d'éventuels signes caractéristiques signant la maladie. L'orientation vers un centre de référence permettra la pratique d'examens complémentaires et une prise en charge adaptée.

D'après un entretien avec le Dr Olivia BOCCARA, Hôpital Necker-Enfants Malades, Paris.

Les génodermatoses sont des maladies rares, restées longtemps orphelines de toute possibilité thérapeutique. Elles résultent d'une variation génétique pathologique. Le terme de génodermatoses est habituellement réservé aux pathologies autosomiques dominantes ou récessives ou liées à l'X. Les anomalies vasculaires résultent le plus souvent d'une variation génétique somatique, c'est-à-dire survenue après la fécondation. Une meilleure connaissance des mutations génétiques à l'origine des anomalies vasculaires superficielles a ouvert le champ des traitements ciblés et permet dorénavant d'améliorer le pronostic de certaines malformations vasculaires, même si leur traitement reste avant tout symptomatique.

Le sirolimus, inhibiteur de la voie mTor, est ainsi utilisé depuis une dizaine d'années avec une efficacité reconnue en particulier dans les malformations vasculaires en rapport avec des mutations PIK3CA, essentiellement les malformations vasculaires à flux lent (capillaires, veineuses et lymphatiques) symptomatiques. Le traitement améliore les phénomènes inflammatoires douloureux, le périmètre de marche et apporte parfois une amélioration morphologique des lésions... Il est devenu ainsi le traitement de fond des manifestations inflammatoires douloureuses des malformations vasculaires à flux lent, en particulier lymphatiques mixtes et/ou complexes.

Les formes répondant insuffisamment au sirolimus peuvent désormais être traitées efficacement par les inhibiteurs de PIK3CA, tel l'alpelisib, disponible en ATU uniquement chez les patients porteurs de mutation, avec une tolérance qui semble très satisfaisante. Une efficacité potentielle chez les patients atteints de malformations veineuses et porteurs d'une mutation du récepteur TEK est suggérée.

La recherche des mutations à l'origine des anomalies vasculaires contribue à une meilleure compréhension des mécanismes physiopathologiques et à la mise au point de nouveaux traitements ciblés. Selon la sévérité des symptômes, une mise à disposition de formes galéniques à type de topiques locaux faciliterait la prise en charge des formes légères et superficielles de certaines d'entre elles beaucoup plus fréquentes que les formes sévères qui restent rares. Une prise en charge des angiomes plans pourrait peut-être s'envisager à l'avenir par la simple application quotidienne de topiques locaux.

Un suivi régulier permet d'informer le patient des nouveautés thérapeutiques, la recherche étant très active dans le domaine des anomalies vasculaires.

THÈME VI - DERMATOLOGIE ESTHÉTIQUE : LIMITES ÉTHIQUES

D'après un entretien avec le Dr Louise HEFEZ, Grand Hôpital Est Francilien site Marne-la-Vallée.

En Dermatologie, beaucoup de pathologies ont un retentissement davantage esthétique que fonctionnel ou vital, si bien que la question esthétique est souvent au cœur des préoccupations des dermatologues. Ainsi, la frontière entre esthétique et pathologique reste souvent floue.

Cependant, si l'on juge que des caractéristiques non pathologiques représentent une menace fonctionnelle par leur retentissement psychique (« *l'estime de soi* ») ou social (« *le regard de l'autre* »), la procédure esthétique qui vise à les corriger gagne en légitimité médicale. Le curseur qui délimite médecine et esthétique se trouve ainsi déplacé dans le sens d'une plus grande inclusion de l'esthétique dans le médical.

L'évolution des pratiques sous-tendue par une demande sans cesse croissante a incité le Groupe de réflexion éthique en Dermatologie (GéD) de la Société Française de Dermatologie, à mener une réflexion de fond sur l'essence même du métier de dermatologue et le devenir de la Dermatologie.

UN RISQUE DE DÉVALORISATION DE LA PRATIQUE DERMATOLOGIQUE ?

La Dermatologie esthétique a pour vocation première, par un geste correcteur, de prendre en compte la souffrance morale des patients victimes d'une pathologie ou d'une lésion cutanée affichante détériorant leur qualité de vie. Si cette vocation première reste légitime, en redonnant au patient confiance en lui et confort de vie, une dérive parfois observée doit inciter à une certaine vigilance. Quels principes éthiques doivent guider le choix du dermatologue d'accéder à une demande esthétique particulière, la soutenir, voire la susciter, ou au contraire y résister, la rejeter, voire la dénoncer ?

La Dermatologie est avant tout une spécialité médicale qui se situe aux confins de la médecine interne, de la Cancérologie et de l'Infectiologie, avec des enjeux parfois importants en termes de pronostic vital ou fonctionnel. Dans cette perspective, est-ce une prérogative « *médicale* » que de vouloir améliorer l'esthétique ? L'acte médical n'est-il pas davantage voué à réparer plutôt qu'améliorer ? La vocation du médecin est-elle d'aider à effacer les marques du vieillissement ? Celui-ci doit-il être considéré comme un processus physiologique ou au contraire pathologique nécessitant réparation ? Est-il éthique d'utiliser du temps « *médical* » à la pratique esthétique ?

Face aux enjeux de certaines pathologies dermatologiques lourdes, la préoccupation esthétique ne peut-elle être considérée (à terme) comme une approche quelque peu « *superficielle* » de la Dermatologie ? Et quelles influences économiques et sociétales s'exercent sur les dermatologues ?

Autant d'interrogations sur les limites de l'exercice de la pratique de leur spécialité par les dermatologues. Parce qu'il est le « *spécialiste de la peau* », certains dermatologues revendiquent la pratique esthétique comme une spécificité, voire une spécialisation de la Dermatologie, alors que d'autres praticiens tels les médecins esthétiques ou ORL se sont emparés de cette discipline et pratiquent des injections. Il est peut-être temps de redéfinir les champs de compétence de chacun afin de clarifier la situation et de guider les patients.

UNE « PRISE DE POUVOIR » DU MÉDECIN SUR LE PATIENT : UNE DÉRIVE POSSIBLE

La pratique exclusive de la Dermatologie esthétique peut exposer à certaines dérives. La définition de la beauté est une notion parfaitement subjective, susceptible d'évoluer avec le temps, même si des notions de symétrie, d'équilibre et d'harmonie semblent aujourd'hui assez universelles. Cette appropriation de la notion du « *beau* » pour le visage ou le corps du patient par le médecin pose question.

THÈME VI - DERMATOLOGIE ESTHÉTIQUE : LIMITES ÉTHIQUES

Si le patient vient avec une demande légitime, c'est le médecin qui finit par pratiquer les modifications et remodeler le physique en interprétant la vision et les canons personnels du patient au risque qu'ils ne correspondent pas toujours à sa demande initiale avec à terme des risques de procès... La question de la légitimité et de la responsabilité du médecin à accepter ou à refuser une demande se pose par ailleurs pour ces actes esthétiques. De même, les incitations à débiter précocement les injections de botox ou à pratiquer des cures d'amincissement ou un traitement des amas graisseux localisés via la publicité d'appareil de cryolipolyse ventant la plastique « parfaite » d'un mannequin, peuvent mettre à mal la pratique hippocratique de la médecine et le « *primum non nocere* ».

Rappelons à cet effet le point 5 de la charte en ligne du CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) : « *Si le site publie, à titre d'illustrations des propos, des images ou des photographies, aucune identification des personnes ne doit être possible. Ces documents ne doivent pas avoir une présentation qui serait de nature à laisser croire que le résultat escompté sera obtenu, ce qui serait une tromperie, quel que soit le domaine médical ou chirurgical concerné* ». Or les sites internet de médecins esthétiques fourmillent d'images de mannequin qui ne sont à l'évidence pas des patientes.

Enfin, certains patients se retrouvent parfois entre les mains de praticiens peu experts et peu scrupuleux. L'exercice de la Dermatologie esthétique doit alors être contrôlé et réservé à des médecins professionnels expérimentés et véritablement formés à ces pratiques, afin de garantir aux patients demandeurs le respect de certaines normes techniques et de sécurité.

À TERME, UN RISQUE D'ABANDON DES « VRAIS » MALADES ?

Alors qu'il existe aujourd'hui un problème démographique en Dermatologie et que les délais de prise de rendez-vous pour une consultation pour motif médical se comptent parfois en mois, la dérive de certains dermatologues vers la pratique exclusive ou quasi-exclusive de la Dermatologie esthétique pose question. N'existe-t-il pas en effet un risque d'abandon des « vrais » malades à terme ? Ne faut-il pas réfléchir à une démarche de régulation ?

Si la pratique de la Dermatologie esthétique poursuit un objectif louable en répondant à la demande de patients en souffrance, en leur permettant par un geste correcteur, de retrouver confiance en eux et une meilleure qualité de vie, il serait regrettable que sa pratique exclusive restreigne celle première du dermatologue qui reste un praticien formé et expert des maladies de la peau dont le dépistage et la prise en charge restent indispensables.



Photo d'illustration - © Creative Commons Pexels

THÈME VII - SAVOIR RECONNAÎTRE LES SIGNES CUTANÉS DES MALADIES AUTO-IMMUNES SYSTÉMIQUES CHEZ DES PATIENTS DE PHOTOTYPE VI

D'après un entretien avec le Pr Fatimata LY, Institut d'Hygiène Sociale, Dakar, Sénégal.

Les maladies auto-immunes systémiques sont environ cinq fois plus fréquentes chez les patients de phototype VI. Les manifestations cutanées sont parfois plus difficiles à mettre en évidence ou prennent des aspects trompeurs. En effet, les troubles pigmentaires (hyperpigmentation et/ou hypopigmentation) peuvent être au premier plan. De plus, les caractéristiques sémiologiques peuvent être modifiées du fait de l'utilisation de traitements traditionnels, souvent pris en première intention par les patients, ce qui rend le diagnostic particulièrement difficile. Rester à l'écoute des plaintes et des symptômes, rechercher des signes cliniques évocateurs et demander quelques examens complémentaires simples au moindre doute permettent souvent d'orienter le diagnostic.

UNE MÉDECINE TRADITIONNELLE TRÈS PRÉSENTE EN PREMIER RECOURS QUI RETARDE LE DIAGNOSTIC

En Afrique, avant de consulter un dermatologue ou de venir à l'hôpital, les patients consultent en première intention des tradipraticiens qui prescrivent des traitements préparés à base de plantes (feuilles, racines, écorces) utilisées en décoction ou en bain. Certains produits sont également pris par voie orale et sont associés à des risques de toxidermies qui peuvent engager le pronostic vital ou laisser des troubles pigmentaires modifiant la séméiologie et ainsi retarder le diagnostic.

En France, lorsqu'ils présentent des problèmes dermatologiques, les patients immigrés peuvent avoir la même démarche. Partant du principe que les européens ne connaissent pas les particularités des pathologies dermatologiques sur peaux noires, ils font venir des traitements traditionnels susceptibles de modifier l'aspect des lésions et de provoquer des allergies médicamenteuses.

Le recours à des médecines traditionnelles ou alternatives très présent au sein de la population migrante, est à l'origine d'une errance diagnostique fréquente et donc d'un retard diagnostique qui peut être très préjudiciable. Chez les patients de phototype VI, il est donc fondamental de rester à l'écoute des symptômes du patient et de rechercher des signes cliniques pouvant faire évoquer un diagnostic de maladie systémique. Il faut en outre rechercher des facteurs d'hérédité avec une notion de cas similaires dans la famille.

QUAND FAUT-IL Y PENSER ?

Un changement de pigmentation de la peau ou **dyschromie** ainsi que la **répartition des lésions**, doivent attirer l'attention du clinicien, une localisation des lésions notamment au niveau du visage, avec le classique « *masque de loup* » fera évoquer un **lupus systémique** tandis qu'une **achromie mouchetée** orientera vers une **sclérodermie systémique**.

De même, un **purpura vasculaire**, plus difficile à mettre en évidence sur une peau sombre, peut être évoqué devant un changement de couleur localisé de la peau.

Une **photosensibilité** avec sensation de brûlures, de picotements, et de fourmillements lors de l'exposition solaires, a fortiori s'il existe des lésions dermatologiques localisées sur les zones photo-exposées (visage, décolleté, avant-bras) peut être évocatrice d'un **lupus systémique** ou d'une **dermatomyosite**.

Le **phénomène de Raynaud** est assez courant y compris en zone tropicale avec une sensibilité accrue des extrémités en cas d'exposition des mains au froid, notamment à l'ouverture du réfrigérateur ou du congélateur.

THÈME VII - SAVOIR RECONNAÎTRE LES SIGNES CUTANÉS DES MALADIES AUTO-IMMUNES SYSTÉMIQUES CHEZ DES PATIENTS DE PHOTOTYPE VI

Les polyarthralgies avec dérouillage matinal accompagnées éventuellement d'un gonflement articulaire sont fréquemment rapportées.

Une dysphagie courante dans le cadre de l'atteinte digestive de la sclérodermie systémique est évoquée devant la nécessité de boire pour faciliter la déglutition au cours des repas.

L'existence d'un syndrome sec qui se manifeste par une sécheresse vaginale, buccale ou oculaire, oriente vers un syndrome de Gougerot-Sjögren.

Des douleurs musculaires, des difficultés à nouer leurs foulards ou à se pencher pour prier, une fatigabilité orientent vers une dermatomyosite.

Les lésions buccales à type d'ulcérations ou d'aphtes au niveau de la cavité buccale doivent faire penser à une maladie de Behçet.

Une alopecie ou une chute des cheveux peuvent faire évoquer un lupus ou une sclérodermie.

Une asthénie chronique chez une jeune femme doit faire penser à une maladie systémique auto-immune.

Une fièvre au long cours résistante aux antibiotiques faisant parfois rechercher en premier lieu une tuberculose peut être évocatrice d'une maladie systémique.

Des signes de thrombose, un accident vasculaire cérébral, des troubles ischémiques avec une sensation de doigt mort, ou des fausses-couches à répétition doivent orienter vers un syndrome des anticorps anti-phospholipides qui peuvent s'accompagner de troubles cutanés à type de nécrose des extrémités, d'ischémie ou encore d'atrophie cutanée (anétodermie) avec un phénomène d'herniation de la peau caractéristique (sensation de peau molle n'offrant pas de résistance).

QUELS EXAMENS COMPLÉMENTAIRES ?

Certains examens complémentaires simples peuvent avoir valeur d'orientation et aider au diagnostic :

- ▶ **Une anomalie de l'hémogramme** à type de leucopénie, neutropénie, thrombopénie, d'une anémie oriente vers un lupus systémique.
- ▶ **Une discordance entre une VS accélérée et une CRP normale** oriente également vers un lupus systémique.
- ▶ **Des CPK (Créatine Phospho-Kinases) ou des ASAT (Aspartate Amino Transférase) élevées** évoquent une dermatomyosite.
- ▶ **Les ACAN (Anticorps Anti-Nucléaires) positifs** doivent faire compléter le bilan.

Même si elle n'est pas aussi performante que sur peau claire, la capillaroscopie permet de mettre en évidence des anomalies capillaires et donc de diagnostiquer précocement des maladies systémiques avant une atteinte d'organes.

THÈME VII - SAVOIR RECONNAÎTRE LES SIGNES CUTANÉS DES MALADIES AUTO-IMMUNES SYSTÉMIQUES CHEZ DES PATIENTS DE PHOTOTYPE VI

METTRE L'ACCENT SUR L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DES PATIENTS POUR AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE

Les carences en vitamine D chez les patients de phototype VI vivant sous nos latitudes sont plus fréquentes en raison du moindre ensoleillement et peuvent favoriser la survenue de lupus systémique. Il est donc important de veiller à supplémenter correctement les migrants.

La notion de maladie chronique associée à un traitement à prendre régulièrement et longtemps est difficile à faire accepter à certains patients. L'éducation thérapeutique revêt alors une importance particulière afin d'éviter une errance et un retard thérapeutique délétères.

Enfin, l'accessibilité aux soins qu'il s'agisse des examens complémentaires ou des traitements, et notamment des biothérapies, peut être compliquée économiquement en cas d'absence de prise en charge.



Photo d'illustration - © Creative Commons Pexels

THÈME VIII - LES FORMES DE PSORIASIS AUTRES QUE LE PSORIASIS EN PLAQUES : PRISE EN CHARGE AU QUOTIDIEN

D'après un entretien avec le Pr Carle PAUL, CHU de Toulouse.

Si le psoriasis en plaques, qui représente 80% des formes de psoriasis, est facilement diagnostiqué en pratique quotidienne, d'autres formes plus rares restent souvent méconnues et sont à l'origine d'errance ou de retard diagnostiques préjudiciables pour le patient.

DES LOCALISATIONS INHABITUELLES SOUVENT CONFONDUES AVEC DES MYCOSES

Le psoriasis est susceptible de toucher des zones inhabituelles comme les ongles, les plis, les parties génitales, ou le cuir chevelu.

L'atteinte unguéale peut être la seule forme d'expression de la maladie. Elle est souvent prise à tort pour une mycose, alors que son traitement nécessite souvent le recours à un traitement par voie générale, d'autant qu'il s'agit d'une forme de psoriasis associée à un risque de rhumatisme psoriasique.

Une anomalie chronique des ongles avec un ongle blanc et épaissi, surtout si elle est associée à des douleurs au niveau des doigts doit faire évoquer le diagnostic de psoriasis.

Le psoriasis des plis axillaires, inguinaux, inter-fessier est également souvent confondu avec une mycose alors qu'il existe des traitements locaux spécifiques efficaces.

Devant des lésions inflammatoires des plis ne cédant pas à un traitement antifongique, le diagnostic de psoriasis des plis doit être évoqué et le patient orienté pour un avis spécialisé.

Le psoriasis génital, observé tant chez l'homme que chez la femme, a naturellement un retentissement très important sur leur vie intime. Or il existe un retard diagnostique très important. Il faut savoir y penser devant une lésion inflammatoire au niveau génital.

Le psoriasis du cuir chevelu, difficile à traiter, est souvent lié à un grattage quasi compulsif, appelé phénomène de Koebner, qui participe à l'aggravation des lésions. Les corticoïdes locaux sont efficaces pour calmer le prurit. L'enjeu est alors de limiter cette gestuelle compulsive d'ablation des squames qui accélère le phénomène de renouvellement de la peau associé au psoriasis.

Pour ces localisations particulières, il existe une prise en charge spécifique à chacune, reposant en premier lieu sur des traitements locaux essentiellement à base de corticoïdes et de vitamine D. D'autres molécules, entre autres des anti-JAK, en application locale sont à l'étude.

En cas d'échec des traitements locaux, le recours à des traitements généraux par agents thérapeutiques par voie orale ou injectable est envisagé.

THÈME VIII - LES FORMES DE PSORIASIS AUTRES QUE LE PSORIASIS EN PLAQUES : PRISE EN CHARGE AU QUOTIDIEN

DES FORMES SÉMÉIOLOGIQUES ATYPIQUES À NE PAS MÉCONNAÎTRE

Le psoriasis peut également revêtir une séméiologie particulière telle que le psoriasis pustuleux, soit localisé au niveau des pieds et des mains, soit généralisé. Les lésions consistent en de petites vésicules remplies d'un liquide blanchâtre ressemblant à du pus alors qu'il n'existe ni bactérie, ni infection. Leur traitement reste difficile nécessitant un avis et une prise en charge spécialisés souvent en centre expert.

Le psoriasis pustuleux palmo-plantaire se localise uniquement au niveau des pieds et des mains. Il est très invalidant car associé à une gêne fonctionnelle importante. Le tabagisme est un facteur de risque et il s'observe donc chez des fumeurs, souvent fortement dépendants.

Le psoriasis pustuleux généralisé a quant à lui une forte composante génétique et implique des gènes contrôlant l'immunité innée.

Une meilleure compréhension aujourd'hui des mécanismes de la forme pustuleuse de la maladie permet d'espérer des traitements ciblés par biothérapies actuellement en cours de développement avec des résultats qui semblent prometteurs.

Le psoriasis en goutte ou le psoriasis érythrodermique représentent également d'autres formes rares de psoriasis.

Les progrès fulgurants réalisés ces dernières années dans la prise en charge du psoriasis permettent aujourd'hui d'espérer un traitement efficace avec une approche qui reste avant tout individuelle avec une solution adaptée à chaque patient.



THÈME VIII - FOCUS - DELPHIPSO OU COMMENT ACTUALISER LES RECOMMANDATIONS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PSORIASIS

D'après un entretien avec le Pr Laurence FARDET, Nogent-sur-Marne.

Les dernières recommandations d'experts de la Société Française de Dermatologie concernant le traitement du psoriasis modéré à sévère datent de 2018 et nécessitent une mise à jour compte-tenu de la richesse de l'actualité thérapeutique dans ce domaine ces dernières années. Pour actualiser ces recommandations, le Centre de Preuves de la SFD a opté pour la méthode DELPHI dont l'efficacité validée par de nombreux articles scientifiques en fait aujourd'hui une méthode de choix pour l'élaboration de recommandations.

La première étape consiste ainsi en la réalisation d'une enquête, DELPHIPSO, dont l'objectif est de recueillir auprès d'un panel d'une cinquantaine d'experts choisis, des informations sur leurs pratiques qui vont servir de base de réflexion à l'élaboration de nouvelles recommandations.

Un questionnaire sous forme de QCM ou de questions ouvertes courtes centrées sur la pratique, est adressé par internet aux experts qui doivent répondre de façon anonyme en cochant des items ou en se positionnant sur une échelle (exemple : 1 à 7 ou de jamais à toujours).

Les réponses de ce premier tour sont analysées, anonymisées, synthétisées et la synthèse est retournée aux experts qui doivent à nouveau répondre aux mêmes questions en ayant pris connaissance de l'opinion du groupe consulté. Chaque expert est alors encouragé à reconsidérer et, si approprié, à changer sa réponse précédente à la lumière des réponses des autres experts. L'opération est recommencée en général 3 à 4 fois, le questionnaire étant à chaque fois enrichi des réponses et des commentaires des uns et des autres.

Au fil des tours, se dégage habituellement une tendance au consensus, ou au moins une convergence de position permettant d'élaborer une forme de réponse. Il arrive que dans certains cas, aucun consensus ne se dessine. Les différentes positions sont alors rapportées dans les recommandations et sont considérées comme une proposition de réponse.

À l'issue du recueil de ces données, des recommandations peuvent être élaborées par le Centre de Preuves, dont les acteurs restent parfaitement neutres en ne participant pas à l'expertise, et en déclarant n'avoir aucun lien d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique.

La difficulté de cette méthode tient d'une part dans la formulation des questions qui doivent être suffisamment précises afin de faciliter le positionnement de l'expert, d'autre part dans le nombre de tours de circulation de ce questionnaire afin de ne pas lasser, ni perdre trop vite les experts.

De réalisation aisée et peu onéreuse, cette méthode présente l'avantage de dégager assez rapidement une attitude consensuelle de la part du panel d'experts. La liste des questions est facile à actualiser et à faire circuler ce qui permet une actualisation rapide des recommandations si nécessaire.

La liste des 50 experts a été finalisée le 30 septembre, le questionnaire envoyé dès le mois d'octobre pour un résultat final attendu fin 2021, afin d'élaborer une actualisation des recommandations début 2022.



THÈME IX - L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE : ENJEUX ET PERSPECTIVES ?

D'après un entretien avec le Pr Audrey NOSBAUM, CHU Lyon, Présidente du Groupe d'Éducation Thérapeutique (GET) de la SFD.

L'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) est capitale pour motiver le patient, développer ses compétences, améliorer l'observance et *in fine* permettre une meilleure prise en charge de la maladie au quotidien. En effet, la compliance aux traitements locaux n'est que de 30% en Dermatologie. Les contraintes de l'ETP en font une activité aujourd'hui développée presque exclusivement au sein des hôpitaux. Le Groupe d'Éducation Thérapeutique (GET) de la Société Française de Dermatologie (SFD) souhaite aujourd'hui rendre accessible l'ETP aux dermatologues libéraux.

UN CADRE TROP CONTRAINT POUR L'EXERCICE LIBÉRAL

Les programmes d'ETP définis par la loi HPST en 2009 sont des programmes multidisciplinaires devant répondre à quatre étapes bien définies, qu'elles soient individuelles ou collectives :

- ▶ **Le diagnostic éducatif** est une première étape qui permet de définir les besoins du patient et de créer une alliance thérapeutique indispensable à l'établissement d'un véritable contrat passé avec le patient nécessitant un réel engagement de sa part.
- ▶ **Un programme d'ETP personnalisé** ciblant les compétences à acquérir ou à mobiliser au regard de son projet est alors établi avec le patient.
- ▶ **Des ateliers d'apprentissage tant cognitifs que comportementaux** sont ensuite mis en place sur plusieurs demi-journées, qui vont permettre au patient de mieux comprendre sa maladie et d'être en mesure de bien l'expliquer à l'entourage mais également de mieux gérer le stress, l'alimentation, les démangeaisons...
- ▶ **L'évaluation** réalisée en général au bout de six mois permet de refaire le point avec le patient et de mesurer l'impact du programme sur l'évolution de sa maladie et l'amélioration de la qualité de vie.

Les principales pathologies dermatologiques bénéficiant de ces programmes sont aujourd'hui la dermatite atopique, l'urticaire chronique, le psoriasis et certaines maladies génétiques. Tous les patients peuvent en profiter sur simple prescription médicale. Un annuaire interactif répertoriant toutes les équipes d'ETP par pathologie en France, est disponible en ligne sur le site de la SFD.

- <https://www.sfdermato.org/pour-la-pratique/centres-d-education-therapeutique.html>

S'ils sont plébiscités par les patients avec plus de 98% de satisfaction ou d'amélioration de leur pathologie, ces programmes restent assez lourds à mettre en place du fait de leur multidisciplinarité et nécessitent souvent un cadre hospitalier en raison des contraintes imposées.

RENDRE ACCESSIBLE L'ETP AUX DERMATOLOGUES LIBÉRAUX

Il existe en revanche un manque flagrant d'ETP en secteur libéral, alors même que 90% des patients sont pris en charge en libéral. L'enjeu aujourd'hui est donc de faire évoluer le cadre de l'ETP afin de la rendre accessible aux dermatologues libéraux, au-delà d'un cadre multidisciplinaire. « À l'heure de l'intelligence artificielle et des outils de précision, il est urgent de remettre la relation au cœur du soin », insiste Audrey NOSBAUM, Présidente du Groupe d'Éducation Thérapeutique de la SFD.

THÈME IX - L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE : ENJEUX ET PERSPECTIVES ?

Pour répondre à cet enjeu et se recentrer sur l'alliance thérapeutique, le GET propose de développer quatre axes de travail :

AXE I - FORMATION ET ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DES DERMATOLOGUES

Le GET organise plusieurs actions de formation pour les dermatologues notamment, un séminaire gratuit et virtuel, sur l'approche éducative, accessible à tous, du 18 au 19 novembre 2021, des ateliers DPC dans le cadre des JDP sur l'attitude éducative ainsi que des soirées de formation autour de l'ETP.

- <https://www.alphavisa.com/webinars/get/2021/>

AXE II - CRÉER UN RÉFÉRENTIEL ÉDUCATIF

Un premier référentiel sur la dermatite atopique est actuellement en cours de validation pour la consultation éducative.

AXE III - PROPOSER DES OUTILS ÉDUCATIFS SÉLECTIONNÉS RASSEMBLÉS DANS UNE MALLETTE PÉDAGOGIQUE

De nombreux outils de grande qualité existent aujourd'hui, mais restent méconnus par manque de visibilité. L'un des objectifs du GET est donc de sélectionner et de rendre accessibles les outils les plus pertinents et les plus pratiques pour les dermatologues.

AXE IV - VALORISATION FINANCIÈRE D'UNE CONSULTATION ÉDUCATIVE AU SEIN D'UN CIRCUIT ÉDUCATIF

Le GET souhaite mettre en place un circuit éducatif associant une consultation très complexe suivie d'une à trois consultations complexes, afin de valoriser le temps passé à cette éducation. L'accompagnement individuel en ville sera adossé à des programmes collectifs hospitaliers (centres experts de l'eczéma, école de l'atopie par exemple). Ce projet est proposé comme « *innovation en santé* », opportunités créées en 2018 afin de faire bouger les cadres réglementaires sans passer par la validation d'essais pivots de phase III. L'idée est d'expérimenter en vie réelle, d'évaluer et, en cas de résultats concluants, de faire valider le process afin d'obtenir une cotation pour ces consultations complexes et très complexes.

Le projet est porté par le GET, le Groupe de Recherche sur l'Eczéma Atopique (GREAT), la Société Française de Dermatologie Pédiatrique (SFDP), le Conseil National des Professionnels en Dermatologie-Vénéréologie (CNP-DV), la Fédération Française de Formation Continue et d'Évaluation en Dermatologie-Vénéréologie (FFFCEDV), l'Association Française de l'Eczéma et le Conseil National des Pharmaciens d'Officine, les pharmaciens étant indispensables à l'amélioration de la compliance des traitements locaux.

Le déploiement des outils numériques et de la téléconsultation s'inscrit bien dans ce projet et devrait être une aide indiscutable en offrant davantage de souplesse, même si cette dernière ne remplace pas, pour le soignant privé alors de la communication non verbale, un véritable contact avec le patient.



THÈME X - CANCÉROLOGIE CUTANÉE, COMMENT ANNONCER UNE MAUVAISE NOUVELLE AUX PATIENTS ?

D'après un entretien avec Mme Myriam AUGER (psychologue) ICO d'Angers et le Dr Mélanie SAINT-JEAN, CHU de Nantes.

« Un médecin qui ne veut pas dire à un patient qui ne veut pas entendre ».

Cette parole de la psychologue Nicole ALBY résume toute la complexité de l'annonce en Cancérologie qui part souvent sur un malentendu. Même s'il s'y prépare, le patient vient toujours chercher une bonne nouvelle auprès d'un médecin souvent non formé à l'annonce d'une mauvaise nouvelle.

ACCEPTER ET AIDER LA MISE EN PLACE DES MÉCANISMES DE DÉFENSE EN SE DONNANT DU TEMPS

Le premier plan cancer a instauré le principe d'une annonce en deux temps : un temps de consultation médicale suivi quelques jours plus tard, d'un temps de consultation infirmier. Cette annonce en deux temps permet de respecter les mécanismes de défense psychique automatiquement mis en place par l'individu.

Quelles qu'en soient leurs modalités ou leurs expressions (réactions violentes, malaises physiques, agressivité, pleurs, effondrement...), ces mécanismes de défense sont normaux et nécessaires. Ils sont souvent adaptés à la situation, prouvant que le patient est en travail mais a juste besoin d'un peu de temps pour assimiler cette mauvaise nouvelle à son histoire de vie. Ils ne doivent donc pas être nécessairement interprétés par le médecin comme une maladresse ou une incompétence de sa part.

Il s'agit là de « déculpabiliser » le médecin, qui peut être déstabilisé par une réaction parfois violente ou inattendue du patient qui n'est pas nécessairement synonyme d'une annonce mal faite. Plutôt que d'être contrés ou combattus, ces mécanismes de défense doivent être repérés par le médecin et accompagnés.

UN PROTOCOLE D'ANNONCE POUR AIDER LE MÉDECIN À SE REPÉRER

Des outils sous forme de protocole d'annonce en six étapes peuvent être proposés au médecin qui dispose ainsi d'un véritable canevas pour guider et cadrer l'entretien¹.

ÉTAPE I - LES PRÉLIMINAIRES

La préparation de l'entretien est une étape essentielle pour créer les conditions optimales à l'annonce, être disponible, prendre connaissance du dossier au préalable, avoir réfléchi à la façon d'annoncer cette mauvaise nouvelle (choix du vocabulaire, informations disponibles...), disposer d'un temps calme sans téléphone...

ÉTAPE II - QUE SAIT DÉJÀ LE PATIENT ?

Bien évaluer ce que sait le patient, ce qui lui a été dit et ce qu'il a compris de sa maladie.

ÉTAPE III - QUE VEUT SAVOIR LE PATIENT ?

Entre l'absence d'explications qui a longtemps été la règle dans une relation médecin/patient autrefois souvent assez paternaliste et à l'autre extrême, la surabondance d'informations avec un patient qui « doit savoir », il existe probablement une position plus nuancée tenant compte de ce que « souhaite savoir » le patient, qui doit être explorée (détails sur la maladie, son pronostic, le traitement, le suivi...).

ÉTAPE IV - COMMUNICATION D'INFORMATION

Lorsque le patient a exprimé le souhait d'être pleinement informé, il est important d'avoir une idée assez précise des objectifs à atteindre à la fin de l'entretien et de bien définir la quantité d'informations que l'on souhaite délivrer sur le diagnostic, le traitement, le pronostic, le soutien.

THÈME X - CANCÉROLOGIE CUTANÉE, COMMENT ANNONCER UNE MAUVAISE NOUVELLE AUX PATIENTS ?

ÉTAPE V - RÉPONSE AUX SENTIMENTS DU PATIENT

« La réussite d'un entretien où on annonce de mauvaises nouvelles dépend en dernière instance des réactions du patient et de la manière dont le professionnel de santé les accueille » explique Robert BUCKMAN. L'identification et la légitimation de la réaction du patient demande au praticien une concentration sans faille.

ÉTAPE VI - PROPOSITION ET SUIVI

Devant un patient souvent désarmé face à ces mauvaises nouvelles, proposer avec sensibilité et empathie une démarche à suivre pour l'avenir semble indispensable pour aider le patient à structurer la gestion de sa maladie.

Un travail de supervision par un psychologue extérieur à l'équipe est souhaitable pour préserver un espace d'échanges et permettre une prise de recul indispensable.



RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

1. Robert Buckman. S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades. Éditions Masson.

À PROPOS DE LA SFD

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 EN DERMATOLOGIE

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 entre 20 et 30 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. 158 projets ont ainsi été financés durant ces dernières années, sur des thématiques très variées.

Quatorze 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. Quatre vingt six bourses d'étude ont été ainsi attribuées depuis 2017 pour un montant de 2 410 000 euros. Plus de 90% de ces projets ont fait l'objet de publications internationales, pour certaines très « *fondamentales* » sur le mécanisme des maladies, d'autres cliniques, épidémiologiques ou thérapeutiques ayant pour certaines permis de changer les pratiques pour une meilleure prise en charge.

Pour en savoir plus, retrouvez les descriptions des projets soutenus sur le site du Fonds de dotation de la SFD « www.dermato-recherche.org ».

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. Grâce à l'investissement bénévole des membres de son conseil d'administration, le Fonds de Dotation a pu recueillir des moyens supplémentaires de deux mécènes, qui ont permis de lancer un appel d'offres exceptionnel doté de 300 000 euros, ainsi qu'un appel d'offres complémentaire doté de 40 000 euros en 2020. Le Fonds de Dotation a aussi permis de recueillir des dons de partenaires de l'industrie pour soutenir un projet d'application d'aide à la décision thérapeutique basée sur les recommandations émises par la SFD et son Centre de preuves (CHRONORECO). Un renforcement du soutien a également été obtenu pour des projets mélanomes et carcinomes pour l'appel d'offres de septembre 2020. 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.

À PROPOS DE LA SFD

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. Consultables sur « www.reco.sfdermato.org ».

La SFD est l'interlocuteur et 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, de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament 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 (FMC) 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

Organe officiel 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. Depuis janvier 2021, les Annales ont mis à disposition une revue « *online* » en anglais et une revue imprimée plus axée FMC.

LES GROUPES THÉMATIQUES DE LA SFD

L'existence au sein de la SFD de 30 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.

ASSOCIATIONS DE PATIENTS ET GRAND PUBLIC

Les échanges et les partenariats avec les associations de patients, de même que le développement et l'amélioration de l'information vers le grand public et des relations presse font également partie des missions prioritaires de la SFD.

À PROPOS DE LA SFD

LES SITES INTERNET 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 offre ainsi une information scientifique de référence adaptée à la pratique en dermatologie.

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 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 complémentaire à conseiller aux patients.

DERMATO-RECHERCHE.ORG

Le site du Fonds de Dotation de la Société Française de Dermatologie, 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.

LE BUREAU DE LA SFD

Président : Pr Nicolas DUPIN

Past-Présidente : Pr Marie BEYLOT-BARRY

Vice-Présidente : Dr Sandra LY

Vice-Présidents : Dr Jean-Noël DAUENDORFFER et Pr Michel D'INCAN

Secrétaire Générale : Pr Gaëlle QUEREUX

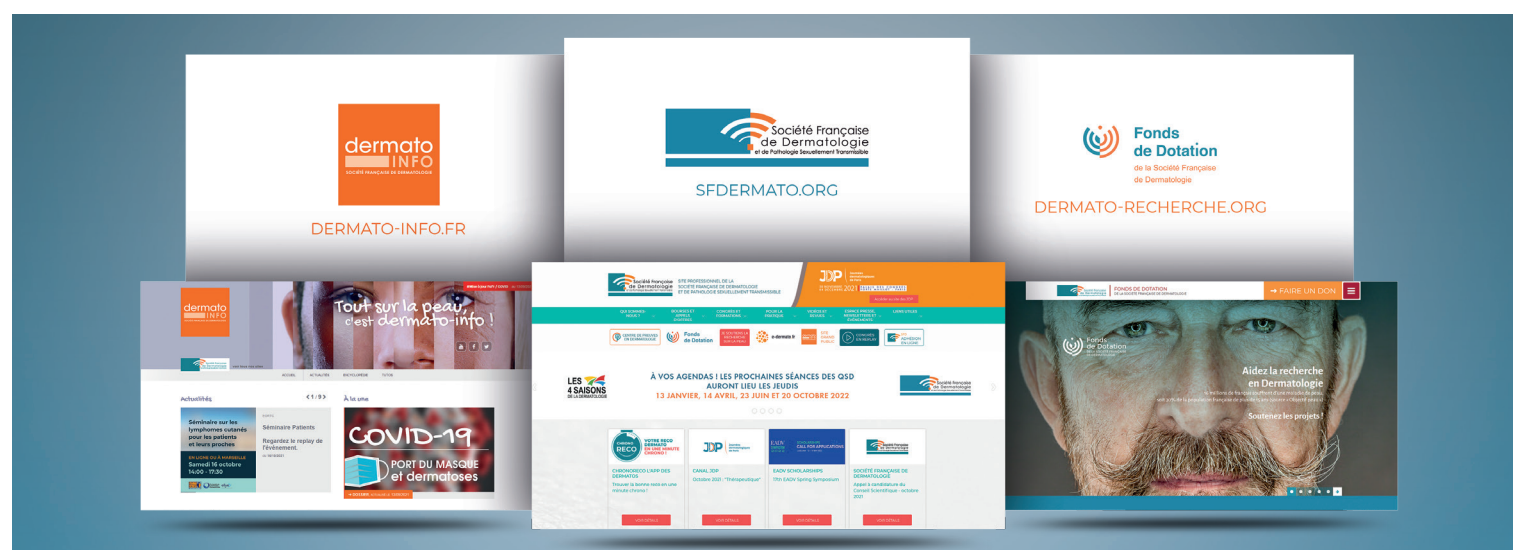
Trésorière : Dr Isabelle MOULONGUET

CONTACT

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 - E-mail : secretariat@sfdermato.com

www.sfdermato.org - www.dermato-info.fr - www.dermato-recherche.org



dermato INFO

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE



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
- 270 000 visiteurs par mois

dermato-info.fr est aussi une actualité au jour le jour et des dossiers thématiques depuis 2008.

dermato INFO
le site grand public de la SFD



Fonds de Dotation



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 !



Création et mise en page : © divanessa@orange.fr

CONTACT PRESSE

FP2COM

Florence PORTEJOIE

06 07 76 82 83

fportejoie@fp2com.fr

SUIVEZ LA SFD SUR LES RÉSEAUX !   



Journées
dermatologiques
de Paris

