RJD

www.fdvf.org

LA REVUE DES JEUNES DERMATOLOGUES

#02

Ma vie d'interne
Comment remplacer ? Fiches pratiques
Les FST, retour sur le questionnaire

Le grand sujet
Intérêt de l'hypnose en dermatologie

Zoom sur une recherche
Le projet MULTIR

FDVF
FUTURS DERMATO-VENEROLOGUES DE FRANCE

Mai 2025
FUTURS DERMATO-VÉNÉROLOGUES DE FRANCE

ÉDITO

Camille LOISEAU
Interne en Dermatologie à Lille
Vice-Présidente Partenariats de la FDVF
Rédactrice en chef de la Revue des Jeunes Dermatologues

Chères lectrices, Chers lecteurs,

Cette deuxième édition consacre la Revue des Jeunes Dermatologues. Quel plaisir d'avoir vu la première revue entre vos mains, nous espérons vous avoir accompagnés dans vos vies bien remplies de jeunes dermatos ! Après avoir reçu vos encouragements et félicitations, c'est avec force de travail et enthousiasme que nous publions ce numéro 2. La deuxième édition de la RJD est là, nous transformons l'essai !

De nouveau, avec passion et dévouement, votre bureau vous a concocté un numéro alliant diversité, apprentissages, anecdotes et belles découvertes.

Justement, nous commençons fort. Au-delà d'une interview, ce fut une véritable rencontre de vie que nous a offerte Pr SAMIMI par son riche témoignage. Découvrez cette self made woman !

Par la suite, la rubrique *Se former en dermatologie* vous donnera quelques clés pour améliorer votre pratique. Entre des fiches d'aides au remplacement, vos retours sur les FST, le résumé des JIRD 2024… vous trouverez également la présentation de la nouvelle application Dermathèque pour se « faire l'œil », la description du diplôme universitaire d'immuno-oncologie ou bien la découverte du projet MULTIR. Riche programme mais également vastes ressources pour devenir de bons cliniciens !

Vous constaterez qu'une rubrique est apparue : *Science et beauté*. En effet, notre métier est en perpétuel remodelage. Il nous paraît important d'aborder cette facette. Critiques mélioratives ou bien péjoratives, basées sur des faits concrets, nous tenterons d'aiguiser votre œil d'expert afin de répondre à ces questions d'actualité.

Parole ensuite à Marie et Théo, qui partageront leur projet de vie : « La Caravane Médicale ». Parcours itinérant, vous serez captivés par leurs humanité et passion. Cette véritable invitation au voyage fait écho au projet de Camille qui témoignera de sa vie actuelle en tant qu'interne au Népal. Évadez-vous à travers leurs récits !

Le grand sujet de la RJD n°2 n'est autre que l'hypnose ! Qu'est-ce que l'hypnose en dermatologie, comment l'intégrer à notre pratique afin de faciliter la vie du patient mais aussi du clinicien ? C'est ce que nous transmettra Dr MAILLARD. Promis, vous en sortirez convaincus tout en restant maître de vos pensées…

Nous aborderons également d'intenses combats du quotidien. Les « Enfants de la Lune », une association accompagnant les personnes atteintes de Xeroderma Pigmentosum et leurs proches, a accepté de nous livrer leurs actions et les difficultés de ceux pour qui la vie au grand jour est interdite. La photoprotection est le combat également de l'institut du Cancer de Montpellier via son évènement les « Épidauries du soleil ». Puis, le pôle vert de la FDVF vous fera un retour sur l'organisation de notre congrès vert 2024, une belle initiative qui a vocation à perdurer afin de préserver l'environnement.

La culture est également un point qui nous tient à cœur. En effet, les jeunes dermatologues, bien qu'exerçant un métier-passion, n'en sont pas moins curieux. Vous pourrez ainsi enrichir votre culture par la découverte du musée des moulages ou bien vous laisser surprendre par le film *Border*.

Pour finir, n'hésitez pas à étudier les articles proposés par le journal club de la FDVF et à réviser vos connaissances anatomopathologiques et d'imagerie grâce à nos deux vignettes !

Merci pour votre fidèle soutien. Si vous êtes motivés à rejoindre l'équipe éditoriale ou proposer un contenu original n'hésitez pas à nous contacter. Il ne vous reste plus qu'à découvrir cette 2ème Revue des Jeunes Dermatologues, votre revue ! Que la magie opère.

FDVF'ment vôtre, RJD'ment vôtre
et enfin Dermatologiquement vôtre.

CICALFATE +

CRÈME RÉPARATRICE PROTECTRICE

LA RÉFÉRENCE DE LA RÉPARATION

[C+-Restore]™

RÉPARATION*

2,5x

PLUS RAPIDE

+

GEL NETTOYANT ASSAINISSANT

EAU THERMALE Avène
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Pierre Fabre For Med

* Favorise la réparation cutanée. Test *in vitro*, [C+-Restore]™ *versus* non traité, sur migration des kératinocytes à 24h.

SOMMAIRE

RJD LA REVUE DES JEUNES DERMATOLOGUES

#02

06 ···· **Agenda de la FDVF**

07 ···· **Interview du Pr Mahtab SAMIMI**

12 ···· **Se former en Dermatologie**
Ma vie d'interne : Comment remplacer ? Fiches pratiques du post-internat
Les FST, retour sur le questionnaire
L'aventure Dermathèque
Présentation du DU Immuno-Oncologie
Zoom sur une recherche : MULTIR
Résumé du JIRD 2024

31 ···· **Science & Beauté**
Beauty influence et fake news : quelle place pour le dermatologue ?
L'exemple de la supplémentation orale en collagène

34 ···· **Vos engagements**
La caravane médicale
Une journée dans la peau d'une interne en dermatologie au Népal

37 ···· **Associations en action**
L'Association des Enfants de la lune
Épidauries du soleil

41 ···· **Le grand sujet**
Intérêt de l'hypnose en Dermatologie

46 ···· **La peau et l'environnement**
Que se cache-t-il derrière un congrès vert ?

50 ···· **Carnet culturel**
Le musée des moulages de l'Hôpital Saint-Louis

53 ···· **Peau et Cinéma**
Intérêt du cinéma pour la pédagogie médicale : analyse du film Border d'Ali Abbasi

57 ···· **Le journal club de la FDVF**

64 ···· **Testez vos connaissances**

67 ···· **Les jeunes dermatologues ont du talent**

70 ···· **À travers la peau**
Vignette dermato-pathologie
Vignette dermato-imagerie

FDVF - Futurs **D**ermato-**V**énérologues de **F**rance
E-mail : contact@fdvf.org - **Site :** www.fdvf.org

Directrice de Publication : Angèle LALLEMENT | **Rédactrice en chef :** Camille LOISEAU

Éditeur et régie publicitaire : Réseau Pro Santé | M. Tabtab, Directeur - 14, Rue Commines - 75003 Paris
Tél. : 01 53 09 90 05 - **E-mail :** contact@reseauprosante.fr - **Site :** www.reseauprosante.fr
Maquette et mise en page : We Atipik - www.weatipik.com
Crédit Photos : 123RF, Adobe Stock, Alamy, FDVF

ISSN : 3073-4967

Fabrication et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

BAC DE TRI

PEFC 10-32-3010

AGENDA

Avril

- **3-5 avril**
  11ème World Congress of Melanoma and 21ème EADO, Athènes
- **10 avril**
  Quatre Saisons de la Dermatologie: “Le masque et la flamme”, Paris et distanciel
- **10-11 avril**
  4ème congrès de la société réunionnaise de dermatologie, St Gilles les Bains
- **24 avril**
  Webinaire SFDP : Infections cutanées et éruptions, distanciel
- **29 avril**
  Webinaire FDVF : Maladies systémiques, distanciel
- **Tout le mois d’avril**
  Séminaire de la “dermatologie esthétique et correctrice”, CEDEF

Mai

- **14 au 16 mai**
  21èmes journées nationales de Photodermatologie, Photobiologie & Groupe thématique Peau Noire, Paris
- **16 mai**
  1ère journée du groupe HS-France de la SFD (consacrée à la maladie de verneuil), Paris
- **17 mai**
  Journée annuelle du groupe ongle SFD, Lyon-Est
- **20 mai**
  Webinaire FDVF : Urticaire, distanciel
- **22 mai**
  Webinaire SFDP : Acné, cheveux, verrues, molluscum, condylomes, reconnaître les sévices, distanciel
- **22-24 mai**
  EADV Spring Symposium, Prague
- **23 mai**
  4ème journée Raphaeloise de dermatologie infectieuse, Saint Raphaël
- **23 mai**
  1ère journée européenne de chirurgie dermatologique de Bordeaux, Bordeaux
- **Tout le mois de mai**
  Séminaire “Cours d'anatomie appliquée à la dermatologie esthétique et correctrice”, CEDEF

Juin

- **12 juin**
  Quatre Saisons de la Dermatologie : programme en attente, Paris et distanciel
- **12 et 13 juin**
  Journées d’actualités de cancérologie cutanée, Paris
- **12 et 13 juin**
  1er colloque intensif d’immunodermatologie, Paris
- **12 au 14 juin**
  Journée parisiennes du Laser, Paris
- **17 juin**
  Webinaire FDVF : Hemato-dermatologie, distanciel
- **21 juin**
  17ème journée corrézienne de dermatologie, Brive
- **27 juin**
  Séminaire dermatologie pédiatrique, Paris
- **27 au 29 juin**
  Séminaire thérapeutique, distanciel
- **Tout le mois de juin**
  Séminaire pathologie des muqueuses, CEDEF

Juillet

- **2-4 juillet**
  SPIN 2025, Paris

Août

SUMMER CAMP

Septembre

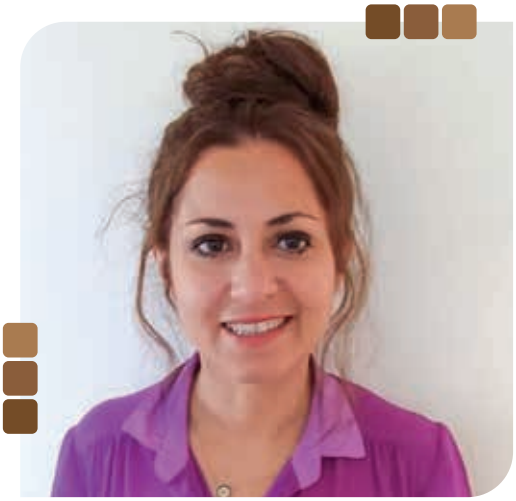
- **17 au 19 septembre**
  34ème congrès EADV, Paris
- **18 septembre**
  Séminaire dermoscopie session 2, CEDEF

Octobre

- **3 au 5 octobre**
  6ème Congrès FDVF

INTERVIEW DU PR MAHTAB SAMIMI

Camille LOISEAU
Interne en Dermatologie à Lille
Vice-Présidente Partenariats de la FDVF
Rédactrice en chef de la Revue des Jeunes Dermatologues



Pr Mahtab SAMIMI
Dermatologue PUPH au CHU Tours

Camille LOISEAU.- Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?

Pr Mahtab SAMIMI.- J'ai 42 ans et je suis dermatologue PUPH au CHU de Tours. Mon activité est assez polyvalente dans le service, toutefois je suis surtout spécialisée en cancérologie et dans les pathologies muqueuses. J'ai une activité d'expertise et de recherche sur un cancer rare de la peau, le carcinome de Merkel. Enfin, je suis impliquée dans plusieurs instances sur le plan national et international, dont la SFD ou l'EADV que l'on abordera par la suite.
Sur le plan personnel, je suis d'origine iranienne, arrivée en France à l'âge de 6 ans dans un contexte géopolitique critique en Iran, suite à la Révolution Islamique et à la guerre Iran-Irak. J'ai fait l'ensemble de mes études à Tours. Mariée pendant 15 ans avec un médecin, je suis aujourd'hui divorcée. Je n'ai pas d'enfants, par choix.

C. L.- Quelles sont vos passions en dehors de la dermatologie ?

Pr M. S.- C'est une question amusante, car je n'aurais pas eu de réponse à vous donner il y a quelques années. Mon travail a toujours occupé une grande partie de mon quotidien avec peu de temps accordé aux loisirs. Cependant, depuis quelques années, je me considère comme addict au sport ! Beaucoup de musculation et parfois du crossfit, pour une pratique d'au moins quatre fois par semaine. Je cours aussi avec mes chiens, vous pouvez d'ailleurs suivre Pacha sur son compte instagram (sweetpacha_shihtzu) ! Le sport est un antidépresseur naturel, un booster mental, une motivation à l'autodiscipline. En me challengeant dans le sport, j'échoue, recommence et progresse… cela me plaît ! Malgré nos emplois du temps chargés, ajouter une activité sportive régulière a été l'un de mes meilleurs investissements !

Je m'intéresse aussi à la psychologie, aux sciences comportementales, aux neurosciences… surtout par des lectures ou des podcasts grand public. Ma compréhension et mon interaction avec les autres s'est ainsi modifiée, sur le plan personnel mais aussi dans ma pratique médicale, que ce soit par exemple les situations difficiles en cancérologie ou la prise en charge des symptômes « psychosomatiques » que l'on voit finalement beaucoup en consultation.

C. L.- Pr Nicolas Kluger, lors de son interview dans la RJD n°1, vous qualifiait de self-made woman, qu'en pensez-vous ? À votre avis, quelle est la raison de cette qualification ?

Pr M. S.- J'ai été très surprise et flattée en lisant cela ! Je pense que Nicolas avait en tête plusieurs choses. D'une part mon parcours de vie car nous sommes repartis de zéro à notre arrivée en France. J'ai même commencé l'école sans parler la langue ! D'autre part la carrière hospitalo-universitaire, étant donné que j'ai développé une expertise « de novo » sur une thématique (le carcinome de Merkel) qui n'existait pas au préalable dans notre service. En d'autres termes, je ne l'ai pas reçue en « héritage » d'un mentor. Loin de moi l'idée de critiquer ce type « d'héritage ». C'est tout à fait normal et souhaitable de transmettre son expertise à ses élèves ! Ceci dit, nous ne sommes jamais totalement « self made ». J'ai été « maternée » par Gérard Lorette et Annabel Maruani, sans qui je n'aurais pas fait de carrière HU ; j'ai été formée à la pathologie muqueuse par Loïc Vaillant ; j'ai été formée à la recherche par Pierre Coursaget… Je ne peux pas citer toutes les personnes qui m'ont aidée tant elles sont nombreuses, notamment parmi les HU de dermatologie. Néanmoins j'aimerais citer Carle Paul qui m'a mis le pied à l'étrier sur le plan international alors que j'étais encore très jeune. Par ailleurs, Nicolas (Kluger) m'a aidée aussi sur la stratégie de visibilité à l'international. En réalité, je pense qu'il est largement plus « self made » que moi, ayant construit son expertise sur les tatouages en partant de rien et en ne comptant que sur lui-même !

C. L.- Vous exercez à Tours. Votre cursus médical s'est-t-il toujours déroulé dans cette ville ? Pourquoi ce choix ?

Pr M. S.- À notre départ d'Iran, nous sommes arrivés à Tours puisque nous y avions des attaches familiales. J'ai fait toutes mes études dont mon externat à Tours. Après l'ECN, mon classement de 29ème m'offrait l'opportunité de bouger pour l'internat. Je savais que je voulais faire de la dermatologie, mais où ? Après beaucoup d'interrogations de mon entourage pour m'aider dans mon choix, c'est Adeline Perrinaud, alors PH dans le service, qui a eu cette phrase « déclic » : « il faut choisir la ville dans laquelle vivent les personnes que tu aimes ». J'ai donc décidé de rester à Tours. Il faut se l'avouer, c'est très aidant d'avoir sa famille à proximité. De plus, la dermatologie à Tours est connue pour être de haut niveau dans un contexte bienveillant et j'ai été « cocoonée » pendant tout mon internat ! Je n'ai jamais regretté ce choix.

C. L.- Exercer la dermatologie à l'hôpital a-t-il toujours été une évidence ou bien cela s'est-il affiné au cours de votre carrière ?

Pr M. S.- Ce n'était absolument pas une évidence. Mon autre choix de cœur était la médecine interne mais j'avais choisi la dermatologie pour ne pas m'enfermer dans un exercice hospitalier. C'est au cours de l'internat que j'ai découvert mon attrait pour la pédagogie via l'enseignement aux externes. Quand j'ai commencé à écrire des cas cliniques, je me suis aperçue que j'aimais écrire et publier. Gérard Lorette et Annabel Maruani ont commencé à me dire que j'avais un « profil hospitalo-universitaire ». Personnellement, je ne courais pas après le titre de « professeur » et, surtout, le master 2 ne m'attirait pas. Je n'avais même pas de master 1 au cours de mon externat… j'avais préféré prendre l'option « Littérature et médecine », où l'on prenait le café en parlant de livres, tel un « intello-cool ». Finalement, j'ai décidé de passer le cap, faire le master et ainsi ouvrir la possibilité d'une carrière HU. Ce nouvel univers fut difficile à aborder, mais après quelques mois nous l'apprivoisons et, à long terme, nous développons de nouvelles compétences. Je vous conseille par ailleurs de consulter le webinaire « Pourquoi faire un master 2 » sur le site du CEDEF, que nous avons réalisé avec la FDVF. Il explique pourquoi et comment faire un master 2.

Finalement, le métier d'HU est celui qui me correspond le mieux et je ne me verrais pas exercer en cabinet. Cette année, je vais franchir un nouveau cap en prenant la chefferie de service et ainsi ajouter la casquette managériale au reste. Oui, cela ajoute du travail mais je suis très enthousiaste ! Mon entourage est constitué de jeunes titulaires hospitaliers et hospitalo-universitaires motivants. Nous allons former une super équipe !

C. L.- Vous avez choisi de vous spécialiser dans les pathologies muqueuses et les carcinomes de Merkel, pouvez-vous nous expliquer pourquoi cette orientation ?

Pr M. S.- Pour le Merkel, c'est une histoire de timing et d'opportunité. Quand j'ai accepté de faire un master 2, Gerard Lorette a eu l'idée de me positionner dans l'équipe de son ami Pierre Coursaget, chercheur spécialisé dans les papillomavirus et les polyomavirus. Nous étions en 2010, deux ans après la découverte du polyomavirus de Merkel. Le sujet était donc extrêmement tendance. J'ai réalisé mon master 2 et ma thèse de science dans cette équipe. Nous avons construit un réseau anatomo-clinique avec les hôpitaux du grand ouest afin d'obtenir des prélèvements. Puis, nous avons construit une cohorte clinico-biologique de patients qui est devenue la plus large cohorte en France. Par la publication régulière de travaux trans-

lationnels sur la cohorte, nous avons acquis une visibilité nationale puis internationale sur la thématique. Nous avons eu ensuite la chance d'intégrer dans l'équipe un jeune et brillant anatomopathologiste : Thibault Kervarrec, permettant encore d'accroître le niveau scientifique de l'équipe.

Cette année, je deviens la coordinatrice nationale de l'axe Merkel de Caraderm. C'est réellement motivant car nous allons pouvoir, je l'espère, créer une émulation nationale pour la recherche épidemiologique, clinique et translationnelle sur le Merkel en France.

Pour la thématique muqueuses, il s'agit d'un « héritage ». Un de mes mentors, Loïc Vaillant, avait développé cette thématique depuis plusieurs années et coordonnait le DIU bi-site Tours/La Pitié de muqueuse buccale. J'ai simplement repris cette activité, avec cependant une volonté de l'amplifier. J'ai ainsi créé des liens avec les autres experts en muqueuse buccale en France puisque je crois profondément à la synergie du travail en équipe. J'ai créé le groupe GEMUB en 2017, dont je suis actuellement la présidente. En 2022, la création des RCP nationales de muqueuse buccale m'est venue grâce à une idée d'Olivier Chosidow. Enfin, il m'a semblé logique de rajouter la muqueuse vulvaire à mon arc, car finalement les deux muqueuses sont très proches, excepté le fait que la vulve n'a pas de dents.

C. L.- On dit que vous êtes une femme très investie dans la formation des internes, quels sont vos engagements au niveau local et national ?

Pr M. S.- Je suis surtout investie localement étant donné que je suis la coordinatrice locale de DES. Je supervise la maquette des internes, coordonne leurs stages, suis leurs acquisitions et leur progression, repère leurs difficultés. Au quotidien, les internes sont très encadrés dans notre service, que ce soit par les HU, les PH, les CCA et les assistants qui sont très présents. Nous essayons de transmettre la rigueur, toujours avec bienveillance. Je mets un engagement particulier, légèrement viscéral, dans la pédagogie. Si j'entends une erreur aberrante, ça en est presque douloureux ; quand je vois une progression, cela me rend euphorique. L'aventure des thèses avec les internes m'épate, j'aime beaucoup voir leur fierté le jour de la soutenance d'une belle thèse. J'essaie, en général, de les pousser : à faire des formations complémentaires, à présenter en congrès, à présenter à l'international…

Sur le plan national, je suis membre du CEDEF et, à ce titre, impliquée dans l'enseignement de nos internes. Ceci dit, je n'ai pas de missions spécifiques ou de position au bureau du CEDEF. Parmi mes actions, nous pouvons citer la création du webinaire « pourquoi faire un master 2 » que j'ai déjà abordé ici.

En général, disons que ma pensée va toujours vers les jeunes lorsque je suis dans une instance ou dans un groupe. Lors de ma présence au comité d'organisation des JDP (2018-2020), nous avions mis en place les parcours « essentiels » pour la formation initiale des internes. C'est d'ailleurs au cours de ce mandat que j'ai mis en place les JDP quizz. Actuellement, en tant que membre du bureau de la SFD, je participe aux réunions régulières avec la FDVF concernant les souhaits des internes et sur la mise en place du meilleur accompagnement possible par la SFD.

> **« L'aventure des thèses avec les internes m'épate, j'aime beaucoup voir leur fierté le jour de la soutenance d'une belle thèse. »**

C. L.- Quelles sont vos missions en tant que Vice-Présidente à la SFD ?

Pr M. S.- Mon mandat de Vice-Présidente de la SFD vient de se terminer. Je suis dorénavant Secrétaire Générale de la SFD. Dans les deux cas, il s'agit de positions au sein du Bureau de la SFD auquel j'appartiens depuis 2023.

Le Bureau de la SFD est l'organe de « direction » de la SFD, actuellement présidée par Saskia Oro. Il se compose de 6 membres (Président.e, trois Vice-Président.e.s, un.e Secrétaire Général.e, et un.e Trésorier.e) élus parmi le Conseil d'Administration de la SFD. Le Bureau comporte aussi bien des dermatologues hospitaliers que libéraux. Nous nous réunissons tous les mois à la Maison de la Dermatologie et notre rôle est de proposer, discuter, arbitrer les missions de la société savante. Comment promouvoir la dermatologie, comment arbitrer le soutien à la recherche via les appels d'offres et les bourses, décider des actions de formation, coordonner l'organisation du congrès des JDP… Il faut savoir que beaucoup de dermatologues hospitaliers et libéraux s'investissement bénévolement à la SFD, permettant ainsi l'accomplissement de toutes ces missions : le conseil d'administration, le conseil scientifique, le comité des bourses, le comité éditorial des quatre saisons, le comité éditorial 365 SFD, le comité d'organisation des JDP, les groupes thématiques… Ces comités ne sont pas fermés, tout dermatologue est invité à s'investir dans la vie de la SFD !

C. L.- Nous vous connaissons également au travers des JDP quizz. Serait-il possible de nous donner plus de détails à ce sujet ?

Pr M. S.- Les JDP quizz, c'est un tournoi type « questions pour un champion ». Il se déroule le jeudi soir des JDP, de 18h à 20h environ. Des équipes composées de 4 internes, représentant une ville de France ou un pays francophone, s'affrontent autour de questions de connaissance sur la dermatologie. Il existe une vingtaine d'équipes au départ, éliminées progressivement jusqu'à la grande finale opposant les deux meilleures équipes. Toute l'année, nous recueillons de nouvelles questions pour la banque : plus de 200 questions sont utilisées lors de l'épreuve ! Depuis la création, les vainqueurs ont été Montpellier-Nîmes ; Angers ; la Belgique ; la Suisse… et, pour l'année 2024, les grands vainqueurs ont été les Brestois !

C. L.- Quelles ont été les étapes de création des JDP quizz ? Quel était votre objectif initial ?

Pr M. S.- À l'époque où je faisais partie du comité d'organisation des JDP (2018-2020), ma volonté était d'innover. J'ai demandé à assister en observateur au congrès de gastro-entérologie (les JFHOD). J'y ai découvert le « GastroQuizz », un jeu didactique, fun et sympa, impliquant les internes. Les JDP Quizz ne sont pas identiques au GastroQuizz mais nous nous en sommes inspirés, après accord des organisateurs bien sûr. Les organes décisionnaires de la SFD, dont le Bureau et son président de l'époque, Pascal Joly, ont immédiatement donné leur accord et nous avons lancé le JDP quizz l'année même, en 2019. Cela a été un succès fulgurant dès la première édition. Je pense que tous ceux qui y ont assisté se souviennent de la réplique culte « On s'en fout » de l'équipe de Montpellier Nîmes… qui a créé un petit scandale de quelques semaines. Épique !

C. L.- Que pensez-vous de l'évolution des JDP quizz depuis leur création ? Avez-vous des idées pour continuer à les réinventer ?

Pr M. S.- Ce que j'en pense ? C'est complètement fou. Nous avons commencé en imaginant une parenthèse ludique et aujourd'hui beaucoup de personnes en parlent comme leur moment préféré des JDP. Je pense aussi que les petites anecdotes politiquement incorrectes participent au succès des JDP Quizz. En réalité, nous nous mettons la pression pour innover chaque année. Fort heureusement, nous sommes bien entourés ! Beaucoup de personnes travaillent sur les JDP quizz : Pénélope Raymond la chargée d'organisation des JDP, notre prestataire MCI spécialisé dans l'évènementiel, et bien sûr l'ensemble des dermatologues alimentant la banque de questions. La barre est mise un peu plus haut chaque année, c'est devenu un show. Nous avons déjà quelques idées pour l'édition 2025 mais vous me connaissez… je garde la surprise !

C. L.- Pour nos lecteurs, jeunes dermatologues, quel conseil aimeriez-vous leur transmettre ?

Pr M. S.- J'ai énormément de conseils à donner ! Voici une liste :

- Bien travailler pour devenir un bon dermatologue : la sérénité vient par les compétences ;
- Ne se fermer aucune porte et saisir toutes les opportunités, nous ne savons jamais de quoi nous aurons envie demain ;
- Casser les « croyances limitantes » empêchant la progression dans la carrière, je pense ici surtout aux femmes ;
- Se faire aider si l'on se sent psychologiquement vulnérable : ce n'est pas normal de prendre des anxiolytiques tous les soirs pour s'endormir ou de se dire des choses comme « je préfère mourir que d'aller bosser »… en parler tout de suite autour de soi, à ses proches, à ses encadrants, qui sauront vous aider à vous sortir d'un passage difficile ;
- Être entouré par sa famille, par ses amis ;
- Et faire du sport !

C. L.- Qui aimeriez-vous découvrir dans la prochaine interview de la RJD ?

Pr M. S.- Mon amie Delphine Staumont, PUPH à Lille. Elle est très investie dans son service, dans son métier de chercheuse et dans son rôle de mère. Elle œuvre énormément pour la collectivité sur le plan local, pour le GREAT et pour la SFD. De plus, elle a le cœur sur la main, un vrai amour !

PulseLife
ex 360 medics

Outils en Dermatologie

PulseLife (ex 360 medics) est une application gratuite qui donne accès à une base de connaissances fiable et experte : informations sur les médicaments, recommandations, arbres de décision interactifs, scores et calculateurs.

Inscrivez-vous dès maintenant !

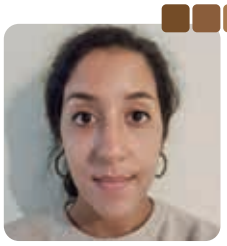
AIDE À LA PRATIQUE | Indispensables en Dermatologie

Thérapeuthique, scores et algorithmes, aide au codage, compte-rendus opératoires.

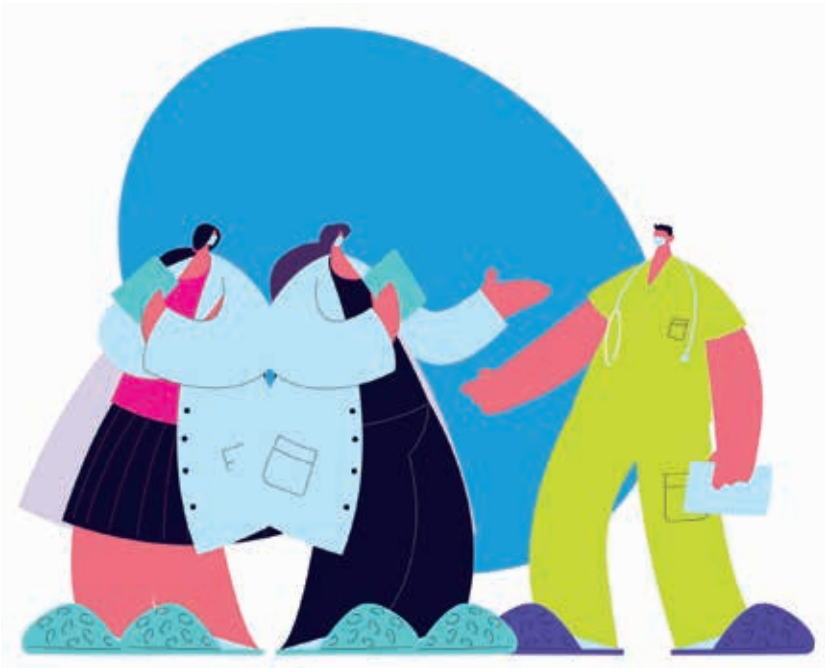
Cas cliniques | Dermatologie

Mettez à jour vos connaissances de façon ludique.

MA VIE D'INTERNE : COMMENT REMPLACER ? FICHES PRATIQUES DU POST-INTERNAT



Yasmine JEBLI
Assistante au CHU de Saint-Etienne



QU'EST-CE QUE LE POST-INTERNAT ?

Défini par la période entre la fin de l'internat et les 5 années qui suivent, le post-internat est une période souvent riche et intense en changements sur les plans professionnel et évidemment personnel. C'est un moment souvent très attendu par les internes après de longues années de médecine : vous êtes enfin docteur(e) !

De multiples choix s'offrent alors à vous : devenir assistant dans un CHU, dans un CH, sur un seul site ou partagé, devenir chef de clinique, praticien hospitalier d'emblée, s'installer en libéral ou bien faire des remplacements...

LES GUIDES DE REMPLACEMENT, C'EST QUOI ?

Les guides de remplacement ont été créés pour vous guider dans vos premières démarches de remplacement. Remplacer en libéral vous permet de vous familiariser avec ce mode d'exercice qui est le plus fréquent dans notre spécialité. Cela vous aidera à vous former aux pathologies qui ne sont parfois pas ou peu rencontrées pendant le cursus hospitalier. Commencer à remplacer pendant votre internat vous permettra de vous sentir plus à l'aise dans le futur, notamment car vous aurez déjà réalisé les premières démarches administratives. Alors bon courage à tous, et n'hésitez pas à vous lancer !

Le remplacement Interne et Docteur Junior

LE GUIDE EN 6 ETAPES

1/CONDITIONS

5 semestres validés dont 3 en dermatologie
Trouver un remplacement : Rubrique “Postes et remplacements” fdvf.org

2/LICENCE DE REMPLACEMENT

- Questionnaire licence
- Preuve de validation du 2ème cycle
- Justificatif d’inscription en 3ème cycle
- Relevé des stages

3/CONTRAT DE REMPLACEMENT

A établir et signer par le remplaçant et le médecin

4/AUTORISATION DE REMPLACEMENT

Le médecin remplacé envoie la licence de remplacement et le contrat au CDOM

5/JE M’AFFILIE

A l’URSAFF (dans les 8 jours après le premier remplacement)
A la CARMF

6/RCP

Vérifier que ma RCP me couvre pour les remplacements en libéral

CDOM : Conseil Départemental de l’Ordre des Médecins
URSSAF : Union de recouvrement des cotisations de sécurités sociales et d’allocations familiales
CARMF : Caisse autonome de retraite des médecins de France
RCP : Responsabilité civile professionnelle

Vous êtes prêts !

RETROUVEZ CE GUIDE DÉTAILLÉ ET TOUS LES DOCUMENTS UTILES SUR NOTRE SITE, RUBRIQUE “GUIDES DE REMPLACEMENT”

Le remplacement Chef de clinique et Assistant

LE GUIDE EN 6 ETAPES

1/CONDITIONS

Etre docteur en médecine inscrit au tableau de l'Ordre
Trouver un remplacement : Rubrique "Postes et remplacements" fdvf.org

2/CONGES DE REMPLACEMENT

Droit à une mise en congé sans rémunération pour remplacer :
30 jours la 1ère année de fonction
45 jours la 2ème année

3/DOCUMENTS NECESSAIRES

Attestation d'inscription à l'Ordre des Médecins

Contrat de remplacement signé par le remplaçant et le remplacé

4/AUTORISATION DE REMPLACEMENT

Le médecin remplacé envoie l'attestation d'inscription et le contrat de remplacement au CDOM

5/JE M'AFFILIE

A l'URSSAF (dans les 8 jours après le premier remplacement)
A la CARMF

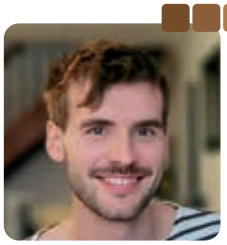
6/RCP

Vérifier que ma RCP me couvre pour les remplacements en libéral

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
URSSAF : Union de recouvrement des cotisations de sécurités sociales et d'allocations familiales
CARMF : Caisse autonome de retraite des médecins de France
RCP : Responsabilité civile professionnelle

Vous êtes prêts !

RETROUVEZ CE GUIDE DÉTAILLÉ ET TOUS LES DOCUMENTS UTILES SUR NOTRE SITE, RUBRIQUE "GUIDES DE REMPLACEMENT"



Olivier PHILIP
Docteur Junior en Dermatologie à Lille
VP Représentation et formation
2024-2026

Mariam DERIOUICH
Interne en Dermatologie à Caen
VP Représentation et formation
2024-2026

LES FST, RETOUR SUR LE QUESTIONNAIRE

LA RÉFORME DU 3ÈME CYCLE

La réforme du troisième cycle (R3C) (2017) a été conçue par les instances dans une optique de professionnalisation de la formation médicale. L'objectif était d'inciter à l'exercice en tant que spécialiste dès l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES). Ainsi, certaines disciplines ont proposé d'allonger la durée de leur internat afin d'adapter la formation à l'évolution des pratiques. Par ailleurs, les anciens DESC (DES complémentaires) sont devenus soit des nouveaux DES, comme l'allergologie ou l'infectiologie, soit des FST (formations spécialisées transversales) comme la cancérologie adulte ou la pharmacologie clinique. Le nombre de DES existants est passé de 31 à 44 répartis en 13 DES chirurgicaux d'une durée de 6 ans pour la plupart et 31 DES médicaux (14 DES de 4 ans, 16 DES de 5 ans, un DES de biologie médicale de 4 ans).

LES FORMATIONS SPÉCIALISÉES TRANSVERSALES

Les options et les formations spécialisées transversales (FST) sont conçues pour apporter des compétences supplémentaires aux étudiants en complément de celles acquises dans le cadre de leur DES. Les options sont propres à un DES spécifique, accessibles uniquement aux internes du DES. Les FST, au nombre de 26, sont communes à plusieurs DES. Un interne du troisième cycle ne peut suivre qu'une seule option ou FST. La durée est d'un an. Les FST prolongent d'un an les DES dont la durée initiale est de 4 ans. Pour les DES de 5 ou 6 ans, la FST est incluse dans la maquette initiale et ne rallonge pas l'internat. En théorie, tous les étudiants inscrits en DES peuvent prétendre à la réalisation d'une FST en fonction de leur projet professionnel. Toutefois, au sein de chaque DES, la maquette publiée au journal officiel propose une sélection restreinte de FST à accessibilité préférentielle. En dermatologie, il s'agit par exemple de la cancérologie adulte, l'allergologie et la pharmacologie.

COMMISSION DE SUIVI DE LA R3C

Le suivi de la R3C est assuré par une mission ministérielle désignée conjointement par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP). Cette mission s'appuie sur un comité de suivi composé de représentants des étudiants et des enseignants. **La FDVF a été créée en partie pour répondre à ces questions de représentation. Elle participe au comité de suivi pour le DES de dermatologie-vénérologie**. Ce comité examine les propositions d'allongement des maquettes, la création de nouvelles FST et options, ainsi que les ajustements mineurs des maquettes des DES, options et FST. Ces propositions sont ensuite soumises à l'arbitrage de conseillers ministériels puis examinées par la Commission nationale des études en maïeutique, médecine, odontologie et pharmacie (CNEMMOP), puis présentées au Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche (CNESER) avant d'être publiées au Journal Officiel.

CRÉATION D'UN QUESTIONNAIRE POUR SONDER LES INTERNES EN DERMATOLOGIE

On comprend donc que le suivi de la R3C passe par des discussions et des réajustements réguliers. Dans un souci de représentativité objective et documentée, la FDVF a sollicité ses adhérents du 20 novembre 2024 au 24 janvier 2025. Un questionnaire a été élaboré par l'association Futurs Dermato-Vénérologues de France (FDVF), conjointement avec le Collège des Enseignants en Dermatologie de France (CEDEF) (relecture par le Pr Caroline Gaudy et le Pr Annick Barbaud), et adressé aux internes et jeunes dermatologues. Celui-ci nous a permis de faire un état des lieux de la formation théorique et pratique des FST accessibles aux internes de dermatologie. Le moment est également opportun car les premières promotions de la R3C de 2017 ont actuellement terminé leur formation et commencent leur exercice.

Nous espérons nous appuyer sur les données recueillies pour identifier des pistes d'amélioration de la formation initiale et nourrir nos échanges non seulement avec les instances de la dermatologie mais aussi celles d'autres disciplines. Ce support pourrait ouvrir une discussion pour modifier les textes en vigueur.

POPULATION DU QUESTIONNAIRE

Notre population cible était de 688 répondants potentiels (inscrits au DES de dermatologie et vénérologie de 2017 à 2023). Parmi eux, notre échantillon est composé de 251 personnes ayant répondu au questionnaire, soit 36 % de participation.

Notons que le nombre exact d'inscrits en FST depuis leur création n'est connu ni du CEDEF ni de la FDVF car il est propre au comité de pilotage des FST de chaque université et que celles-ci ne sont pas tenues de communiquer les inscriptions aux collèges des différentes spécialités. Cependant, grâce aux remontées de nos référents locaux, nous estimons ce nombre à moins de 100 inscrits parmi lesquels 49 ont répondu au questionnaire. **Leur participation serait donc de 50 %.**

La représentativité territoriale et dans le temps était assurée. En effet, les répondants provenaient de toutes nos subdivisions, avec un nombre de réponses proportionnel au nombre d'internes par subdivision. Toutes les promotions étaient représentées **(cf. Fig. 1)**. À cet égard, nous tenons à remercier les référents locaux de l'association qui ont permis la diffusion large de cette enquête. Ils sont les garants de la représentativité de la FDVF à l'échelle nationale.

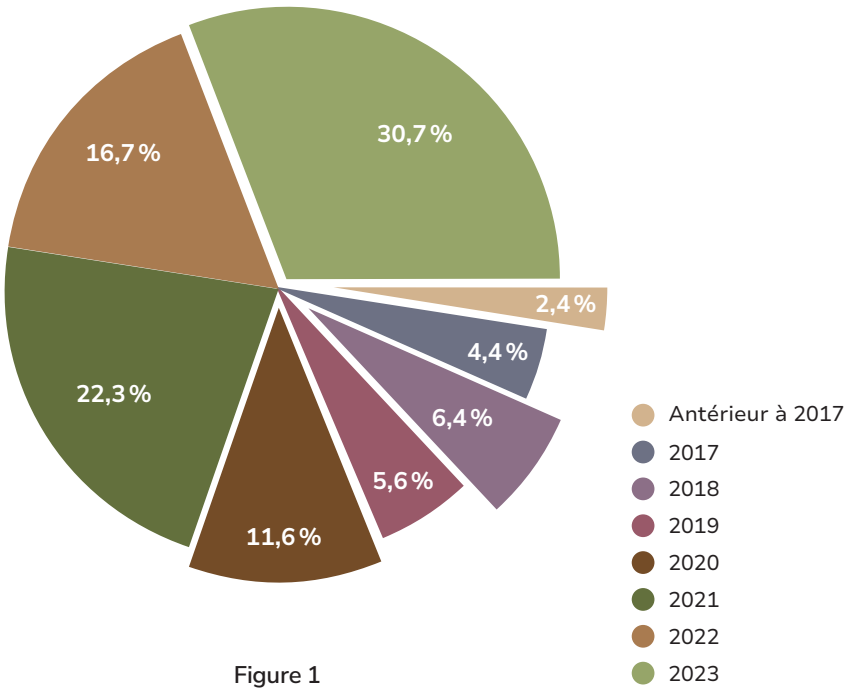


Figure 1

RÉSULTATS

Réaliser ou ne pas réaliser une FST ?

La majeure partie des répondants (n=202) n'ont pas réalisé de FST pendant leur internat, pour trois raisons principales :

1. **Ne pas allonger l'internat (61,9 %) ;**
2. **Pas d'intérêt dans le cursus (31,2 %) ou pour l'activité future, qu'elle soit libérale (42,1 %) ou hospitalière (21,8 %) ;**
3. **Ne pas rajouter une 6e année d'internat après un M2 (8,4 %).**

Concernant ceux ayant réalisé une FST pendant leur internat (n=49), les raisons avancées sont illustrées sur le diagramme ci-dessous **(Fig.2)**.

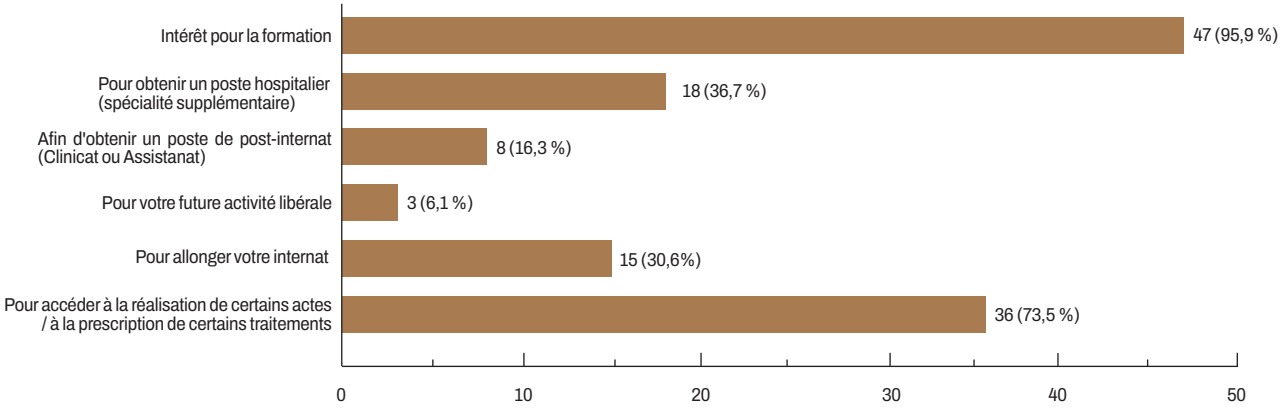


Figure 2

FST « cancérologie de l'adulte »

Sans aucun doute, la FST la plus fréquemment réalisée est la FST « cancérologie de l'adulte » (n= 43). La majorité des répondants ont considéré être satisfaits de leur formation (61,3 %) avec une note attribuée de 4/5 ou 5/5.

Une demande de formation en présentiel

La formation théorique actuelle comporte des cours nationaux communs (en présentiel) avec les internes de phase socle du DES de Cancérologie d'une part, et des cours de cancérologie communs aux autres spécialités d'autre part (en distanciel) avec des cours plus spécifiques à l'onco-dermatologie. **La formation théorique proposée était considérée par 53,1 % des répondants comme suffisante pour leur exercice futur. Toutefois, la majorité des répondants (69 %) n'ont pas identifié de thématique manquante au sein de cette formation**. Les cours nationaux spécifiques étaient davantage plébiscités que les cours du tronc commun **(Fig.3)**.

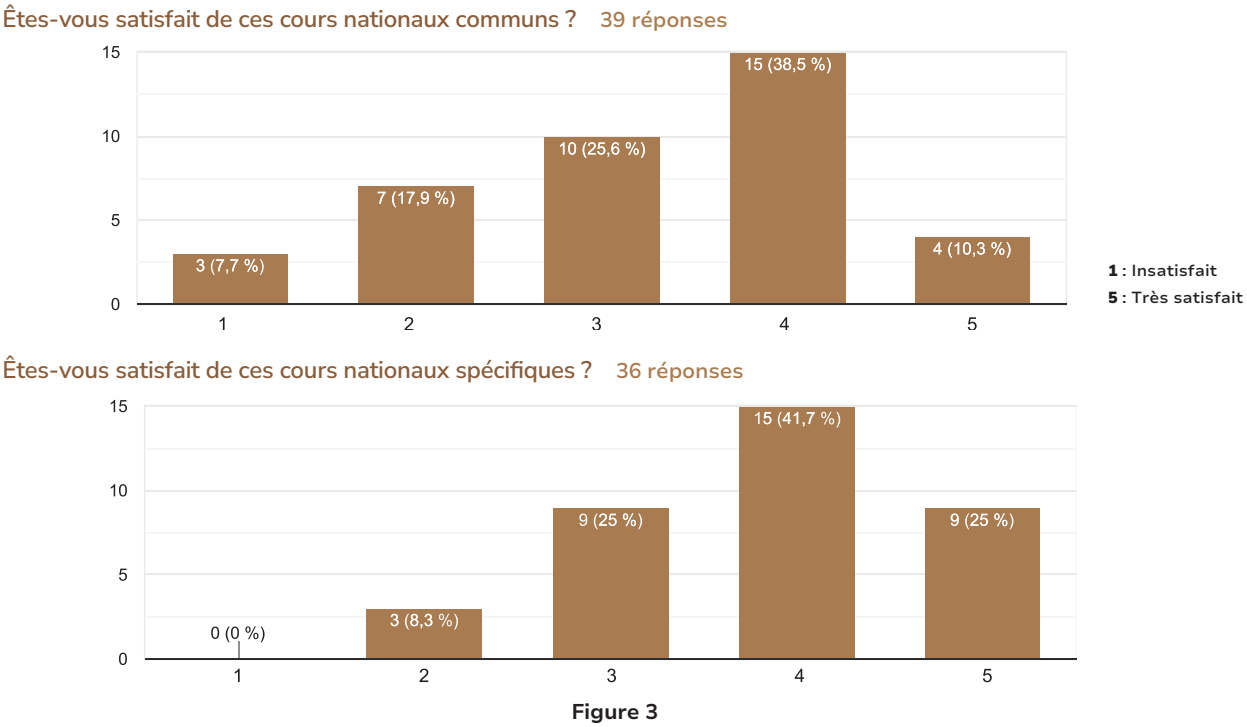


Figure 3

Les thématiques signalées comme manquantes par 31 % des répondants étaient : soins de support/soins palliatifs, **toxicités cutanées des traitements anticancéreux**, effets indésirables des traitements anticancéreux.

Des cours d'onco-dermatologie (cours spécifiques) en présentiel (plutôt que le format actuel en distanciel) sont plébiscités par 61,9 % des répondants. La grande majorité (73,8 %) n'est pas prête à prendre en charge les frais financiers que cela occasionnerait (transports, logement). Notons que, depuis cette enquête, le CEDEF a annoncé organiser la tenue du 1er séminaire d'onco-dermatologie à la Maison de la Dermatologie les 11 et 12 septembre 2025. Ce séminaire sera accessible à tous les internes et obligatoire pour les inscrits en FST. Le financement des frais serait assuré cette année par le CNCEM (collège national des enseignants de cancérologie). En effet, dans un souci d'égalité d'accès, il paraît inenvisageable, à notre sens, que ce séminaire ne bénéficie pas d'un financement pour les internes inscrits en FST dès lors qu'il est obligatoire de s'y rendre. Le contenu du séminaire devrait être adapté et comportera notamment une session sur les toxicités cutanées des traitements anticancéreux.

Une plus grande flexibilité dans la formation pratique

Concernant les stages, 73,8 % des répondants ont réalisé un stage en oncologie médicale (50 % en centre de lutte, 50 % en CHU). Cette formation pratique a été jugée comme suffisante pour l'exercice futur pour 66,7 % des répondants. La grande majorité (78,8 %) a considéré avoir progressé dans la prise en charge de leurs patients atteints de cancers.

Concernant le stage de radiothérapie, 78,6 % en ont réalisé un (50 % en centre de lutte, 50 % en CHU). Ici encore, 75 % se sont sentis suffisamment formés pour leur exercice futur. **Seulement 28,6 % des répondants ont eu la possibilité de réaliser un stage « couplé » répartis entre 3 mois en radiothérapie et 3 mois dans une autre discipline. Pourtant, 78,6 % auraient souhaité réaliser ce format**. Les couplages souhaités par les inscrits figurent ci-dessous **(Fig. 4)**. Les freins à ce couplage étaient le refus du coordinateur de FST ou l'absence de terrain de stage existant sous ce format.

Si vous souhaitez ou avez réalisé une modalité 3 mois / 3 mois, quel(s) couplage(s) aimeriez-vous avoir / avez-vous eu ? 42 réponses

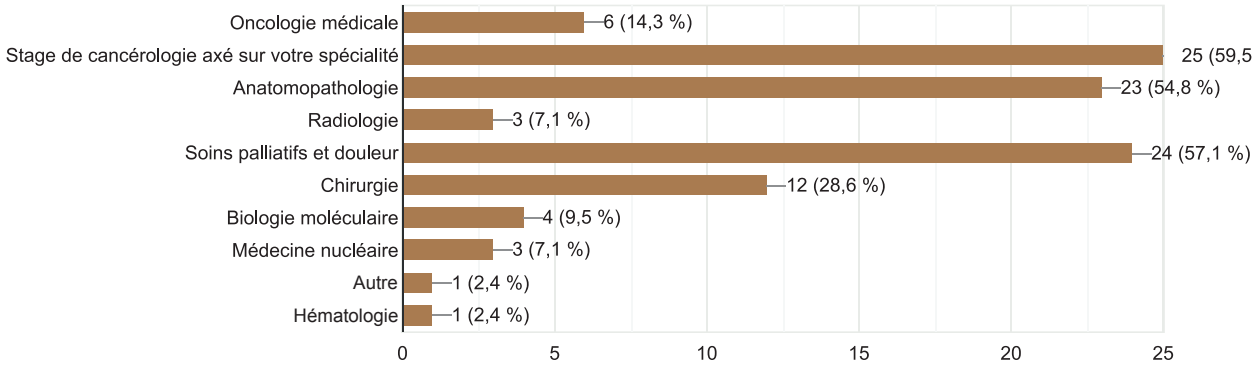


Figure 4

Près de la moitié (40,5 %) des répondants aurait souhaité pouvoir réaliser deux stages non consécutifs pour valider la FST et 9,5 % auraient voulu la validation rétroactive d'un stage. La moitié s'est positionnée en faveur du format actuel avec deux stages consécutifs. **Nous en retenons une demande de plus grande flexibilité dans la réalisation des stages**.

Nos résultats démontrent que les internes ont considéré avoir acquis les compétences génériques des textes officiels **(Fig.5)**. La FST « cancérologie de l'adulte » va probablement bénéficier de la mise en place du séminaire présentiel, avec l'ajout d'un cours qui manquait sur les toxicités cutanées des traitements anticancéreux et la possibilité de tisser du lien entre internes et dermato-oncologues. Notons qu'il faudra veiller à pérenniser le financement du déplacement (transports, logement). Il nous semble indispensable d'inciter les coordinateurs locaux de FST à mettre en place des stages couplés 3 mois / 3 mois pour la radiothérapie.

Pensez vous avoir acquis les compétences génériques de la FST de cancérologie adulte (Selon l'arrêté du 21 avril 2017) ? 42 réponses

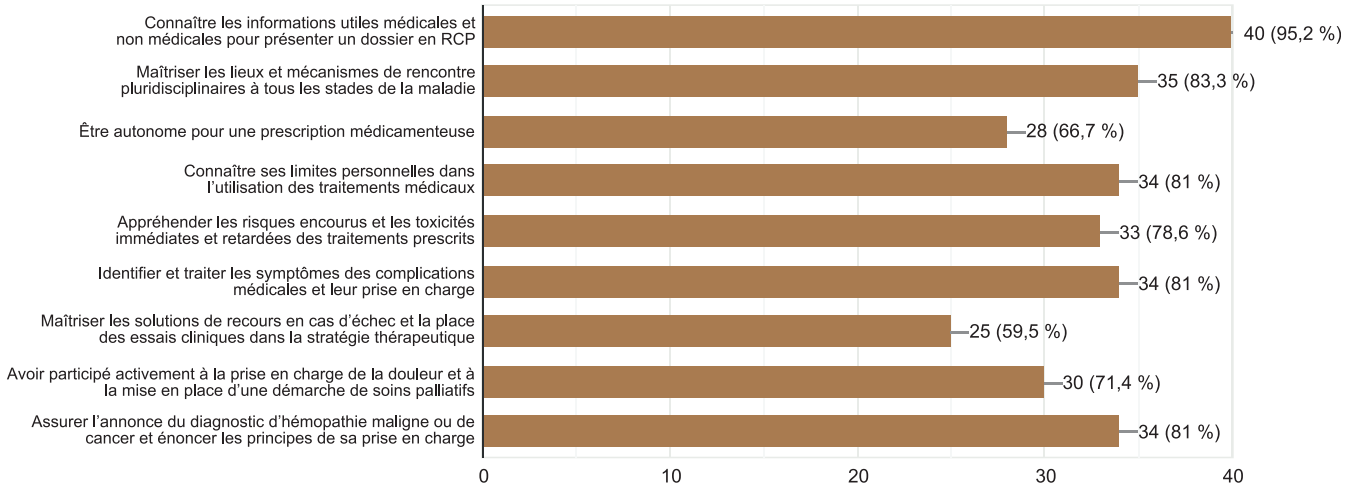


Figure 5

FST maladies allergiques

Les résultats présentés sont **limités par le faible nombre de répondants** (6 internes) : la FDVF comme le CEDEF ne sont, à ce jour, pas en mesure de donner le nombre exact d'inscrits en FST « maladies allergiques » parmi les internes de dermatologie entre 2017 et 2023. Nos échanges avec nos référents locaux nous font estimer ce nombre à moins de 15 internes sur ces 7 années.

Parmi les 6 répondants effectifs, **80 % ont estimé ne pas être suffisamment formés pour l'exercice futur de l'allergologie à l'issue de la FST**, bien que 80 % considèrent avoir progressé dans la prise en charge de leurs patients.

Une formation théorique à structurer et homogénéiser sur le territoire

Les résultats concernant la formation théorique sont insatisfaisants, sous réserve d'un faible nombre de répondants. Il ressort de notre enquête **l'absence de cours organisé à l'échelle nationale**. Au niveau régional et local, les cours sont le plus souvent dispensés dans le cadre de la capacité d'allergologie ou du DES d'allergologie. Le public de la FST « maladies allergiques » ne bénéficie donc pas de cours obligatoires. Il n'y a pas de cadre précis et uniformisé au national pour l'obtention de cette FST. **La validation des acquis génériques prévus par les textes officiels ne semble ainsi pas clairement obtenue**. Plus précisément, on note les faibles taux de réponses positives obtenues concernant la maîtrise des éléments de compétences suivants :

- Tronc commun :
  - Être capable de prendre en charge en autonomie complète un patient ayant une allergie selon les modules et la discipline exercée (33 %).
  - Mener des investigations ou des traitements spécifiques (induction de tolérance, immunothérapie, biothérapie) (33 %).
- Pathologies cutanées : prendre en charge une photodermatose (16 %).
- Allergènes cutanés : faire un bilan photoallergique (16 %).
- Hypersensibilité médicamenteuse :
  - Mettre en œuvre une induction de tolérance aux chimiothérapies et biothérapies (50 %).
  - Réaliser une consultation d'allergo-anesthésie avec les tests cutanés qui l'accompagnent (16 %).

Une formation pratique manquant également de flexibilité

Tous les répondants ont réalisé 2 stages consécutifs de 6 mois. **Toutefois, la moitié (50 %) aurait préféré un format couplé 3 mois / 3mois**. Les répondants étaient satisfaits de l'organisation en 2 stages consécutifs (la validation rétroactive d'un stage n'était pas plébiscitée) mais **33 % seraient néanmoins favorables à réalisation d'un stage pendant la phase de consolidation (docteur junior)**. Par contraste avec l'oncologie, la formation pratique d'allergologie apparait comme une opportunité de réaliser un stage hors subdivision (33 % des répondants). 66 % des répondants déclaraient être globalement satisfaits de leurs stages (attribution d'une note de 4/5 ou 5/5).

En conclusion, la FST maladies allergiques bénéficierait de la mise en place de cours nationaux sur le modèle de la FST cancérologie de l'adulte. Par ailleurs, une plus grande flexibilité dans la réalisation des stages (validation d'un stage pendant la phase de consolidation) participerait peut-être à son attractivité.

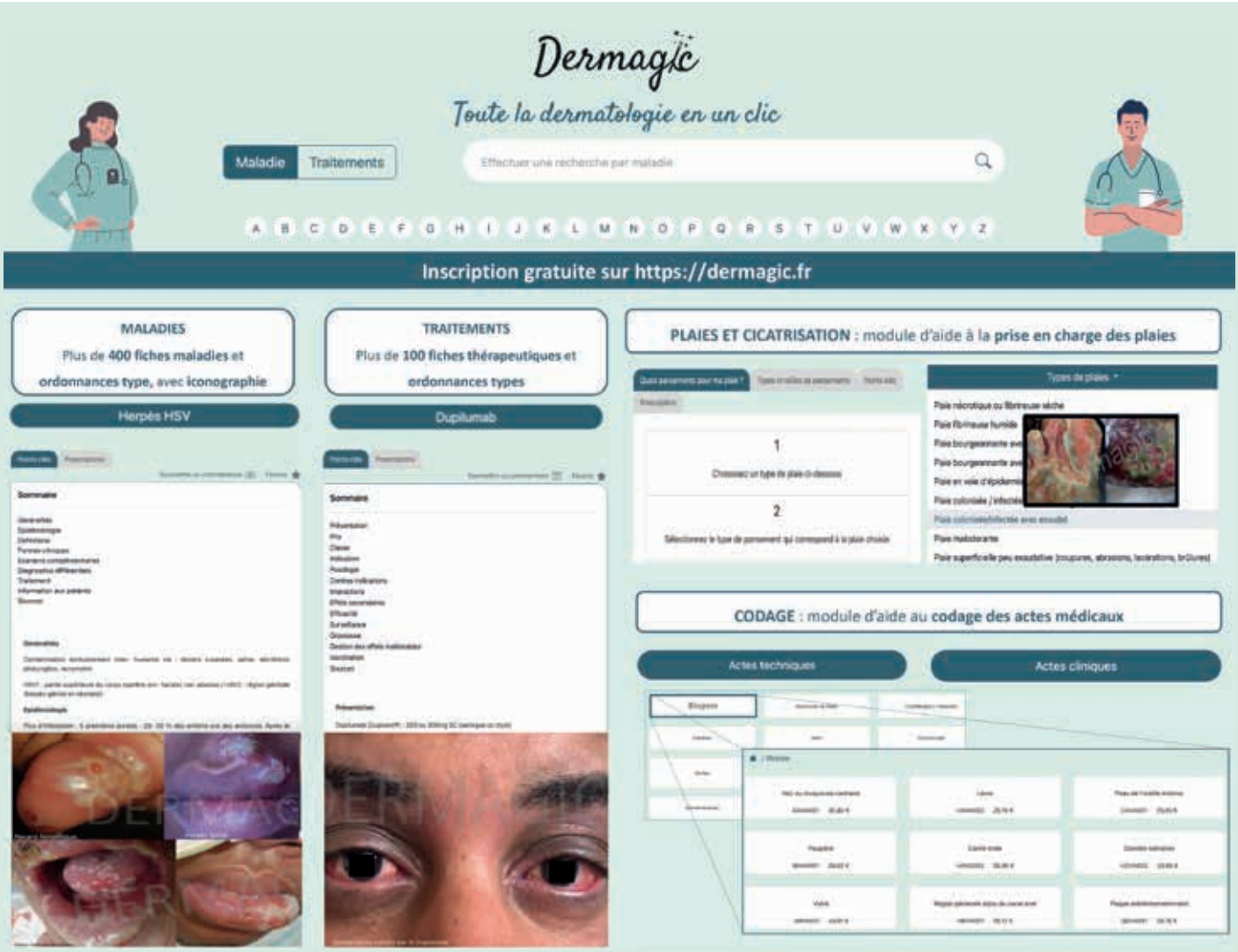
Après échange avec le Pr Barbaud, nous prévoyons 2 perspectives encourageantes :

- Tentative de donner accès aux cours nationaux du DES d'allergologie (dispensés par cycles de 2 ans) aux inscrits en FST.
- Réalisation d'une vidéo de présentation de la FST maladies allergiques avec les modalités de réalisation, le contenu pédagogique attendu et les intérêts à la réaliser. Mise en ligne prochaine sur notre site internet.

Fruit d'un travail conjoint avec le CEDEF, cette enquête permet de partager au comité de suivi de la R3C une demande de flexibilité dans l'organisation des stages, la satisfaction des étudiants concernant la formation théorique en FST « cancérologie de l'adulte », avec une demande de cours spécifiques en présentiel, et la nécessité apparente de structurer et homogénéiser la formation théorique en FST « maladies allergologiques ». Ce travail sera un support pour les prochaines discussions à venir.

RÉFÉRENCES

1. Mouthon L, Clavelou P. Réforme du troisième cycle des études médicales en France. La Presse Médicale Formation. 1 avr 2024;5(2):97-107.

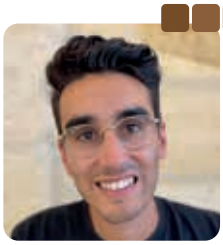


L'AVENTURE DERMATHÈQUE

UNE APPLICATION GRATUITE ET PARTICIPATIVE DE MICRO-CAS CLINIQUES EN DERMATOLOGIE

Antoine COMMUNIE
Docteur junior en Dermatologie à Angers
Webmaster de la FDVF
Responsable pédagogique de Dermathèque

Edmond DEMOULINS
CCA de Dermatologie à Angers
Président de Dermathèque



Adrien BOYARD
Docteur Junior en Dermatologie à Brest
Responsable pédagogique de Dermathèque

Il existe un adage en dermatologie qui dit « On ne reconnaît que ce que l'on connaît ». En effet l'analyse sémiologique est souvent complétée par une partie analogique de « reconnaissance » de la maladie. Partant de ce postulat, nous savions que, pour être de bons dermatologues, il était nécessaire de nous « faire l'œil ». Nous nous sommes tous plongés dans des bouquins, dans des atlas, avons épluché des banques d'images en ligne... Trop peu fournis, trop caractéristiques, sans entraînement à la clé ou parfois à tarifs élevés, nous n'avions pas trouvé ce qu'il nous fallait. Il nous manquait un outil simple, accessible, qui ouvrirait une photothèque dermatologique dans un esprit de formation.

Alors on a imaginé Dermathèque.

C'est avant tout une histoire d'internes et jeunes dermatologues qui avaient à disposition des bibliothèques d'images locales qui « dormaient » sur les serveurs des hôpitaux. Excellente source d'images pour les staff photos et l'enseignement aux étudiants, pourquoi cette même source ne pourrait pas profiter à un plus grand nombre ?

Alors on a réfléchi à Dermathèque.

Sur le comment, selon quel modèle, pour quel public, pour quel enseignement... Après un brainstorming intense l'idée de l'application mobile s'est imposée. Nous avions plusieurs mots d'ordre : gratuité, simplicité, rigueur, open source et collaborations, pour donner l'accès à des milliers de micro-cas cliniques gratuits, disponibles partout et rapidement, selon son envie du moment.

Alors on a parlé de Dermathèque.

À l'Institut de Dermatologie du Grand Ouest d'abord, pour en faire un projet inter-régional, et bénéficier de toujours plus d'intervenants, d'expertises, et de photothèques. Le projet y a reçu un accueil très enthousiaste. Nous sommes partis de nos bibliothèques d'images, nous les avons colligées en micro-cas cliniques selon leur pertinence et leur difficulté. Nous avons bénéficié du travail de nombreux internes et jeunes dermatologues pour imaginer les niveaux et leur rédaction, et de la participation d'universitaires pour leur relecture. Nous remercions grandement tous ces intervenants, sans qui l'application n'aurait jamais pu voir le jour.

À la Société Française de Dermatologie ensuite, par l'intermédiaire de sa présidente Mme le Professeur Gaëlle Quéreux. Nous souhaitions un outil gratuit, qui puisse profiter au plus grand nombre. Grace à la SFD, nous avons reçu un accompagnement logistique administratif et la possibilité de solliciter les groupes thématiques.

EN DERMATOLOGIE

Nous avons aussi pu solliciter l'intervention de mécènes pour son financement. C'est ainsi que l'on peut proposer un outil gratuit, sans publicité, à tous les étudiants et médecins qui voudraient en profiter.

Alors on a créé Dermathèque.

Nous avons structuré le projet autour d'une association à but non lucratif, pour affirmer notre volonté d'un outil non mercantile. Le développement de l'application a été confié à une entreprise angevine, pour poursuivre sur cette volonté d'ancrage du projet dans le Grand Ouest.

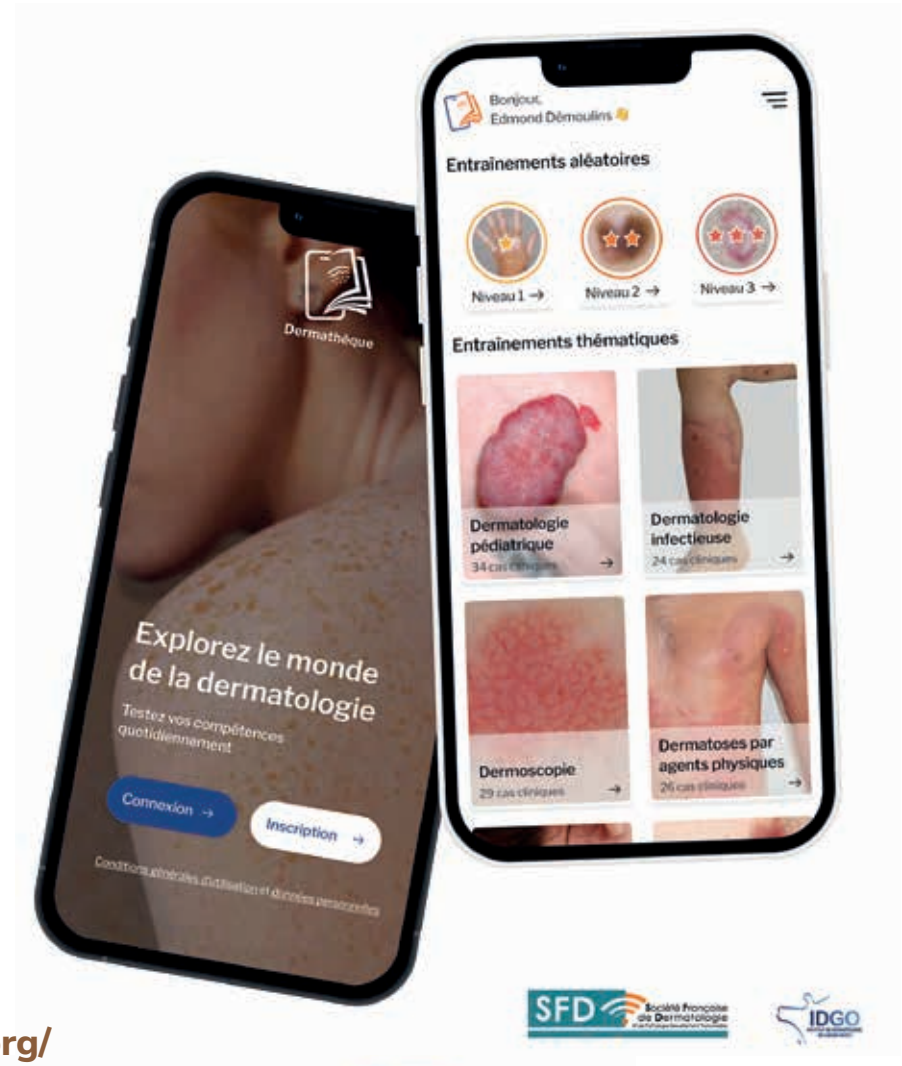
Et maintenant, Dermathèque est à vous.

L'application est en ligne depuis les JDP 2024. Nous cherchons maintenant à renforcer un axe important de notre projet : son caractère collaboratif. Tous les intervenants qui ont fourni des images, rédigé et relu des cas sont bénévoles. Nous les remercions pour le temps consacré à ce projet, et remercions également les groupes thématiques de la SFD qui ont parrainé des thématiques moins développées.

Nous vous encourageons à rejoindre l'aventure Dermathèque en soumettant des cas directement depuis l'application, ou même en rejoignant notre équipe de rédacteurs et relecteurs ! Toute aide est la bienvenue !

Après plusieurs années de travail et de nombreuses collaborations, nous sommes heureux et fiers de pouvoir vous donner accès à Dermathèque. Puisse cet outil être utile à tous.

EN 3 MOIS PLUS DE 4500 UTILISATEURS L'ONT TÉLÉCHARGÉ ET PLUS DE 300 000 CAS CLINIQUES ONT DÉJÀ ÉTÉ VUS.



https://dermatheque.org/

PRÉSENTATION DU DU IMMUNO-ONCOLOGIE

LES DIPLÔMES UNIVERSITAIRES D'IMMUNO-ONCOLOGIE : UNE FORMATION À LA CROISÉE DES SPÉCIALITÉS OÙ LE DERMATOLOGUE A TOUTE SA PLACE

L'immuno-oncologie s'impose aujourd'hui comme une révolution thérapeutique dans la prise en charge des cancers. Bien que l'immunothérapie soit devenue omniprésente en médecine, c'est en dermatologie qu'elle a pris sa source et elle continue de s'y développer. La gestion dermatologique des toxicités a également toute sa place en oncologie.

Plusieurs universités françaises ont ainsi mis en place des Diplômes Universitaires d'immuno-oncologie (DU-IO), ouverts notamment aux dermatologues curieux de développer cette expertise. Nous vous proposons ici un petit tour d'horizon non exhaustif de ces formations novatrices.

Grâce au témoignage de nos référents, nous avons recensé un DU-IO à l'Institut Gustave Roussy à Paris, à Lille, Toulouse, Bordeaux et Montpellier.

Pour le Pr Lambotte, la création du DU-IO est la suite logique de la consultation de médecine interne ouverte en 2006 à **l'Institut Gustave Roussy (IGR)**, où il a été aux premières loges pour constater et prendre en charge les nouvelles toxicités intrigantes induites par les immunothérapies innovantes de l'équipe d'oncodermatologie du Pr Robert. Se sont, par la suite, mis en place un réseau de spécialistes d'organes en 2015, un registre de pharmacovigilance en 2016, une RCP immunotoxicités en 2016, et enfin cette formation en 2017.

À Montpellier, celle-ci a été pensée comme une "boîte à outils" pédagogique pour aider les professionnels à mieux appréhender les traitements d'immunothérapie et leurs conséquences. Dr Alexandre Maria, interniste et coordinateur de la formation, explique que la création de ce DU suit la constatation que, malgré un réseau d'experts bien en place sur le territoire, le meilleur moyen de prévenir les complications est de sensibiliser les soignants eux-mêmes aux potentiels effets secondaires de ces traitements. Particularité locale : la formation est renforcée sur les syndromes paranéoplasiques qui s'expriment souvent sur la peau.

À Lille, la démarche est similaire. Le **Pr Laurent Mortier** insiste sur la nécessité d'une réflexion élargie et la complémentarité interdisciplinaire : "Nous avons voulu créer un DU intégrant plusieurs spécialités d'organes dans l'objectif d'aborder l'immunothérapie sous tous ses aspects, des mécanismes biologiques jusqu'à la gestion clinique des toxicités".

Ouvert aux médecins toutes spécialités confondues, aux paramédicaux et aux chercheurs, l'organisation du DU varie selon les villes (plus chronophage à Montpellier où il est en présentiel uniquement, alors qu'un format hybride existe à Lille et à Paris), mais les modalités de validation sont assez similaires : QMCs, rédaction d'un mémoire et stage pratique, le tout dans des ambiances se voulant toujours bienveillantes.

LE REGARD DES INTERNES

À Montpellier : une immersion totale en immuno-oncologie

Angèle Lallement

Imaginez qu'il est presque 2h du matin, en août 2022. Je viens d'être appelée pour une entrée en oncologie. Concentrée sur mon observation, je ne remarque pas tout de suite l'affiche orange et rouge qui propose de participer au DU d'immuno-oncologie.

D'abord étonnée, puis vexée (on se serait bien gardé de placarder les affiches en dermatologie ?), je suis finalement intriguée... et m'inscris la semaine qui suit !

Six mois plus tard, ce nouveau domaine façonne ma pratique quotidienne. J'ai échangé avec des soignants et chercheurs passionnés et j'ai découvert à quel point la dermatologie est en première ligne sur ces questions. Attention, si vous aimez l'interdisciplinarité et les cas complexes, vous risquez de tomber dans la marmite de l'immunotoxicité comme moi !

À Lille : un décloisonnement des spécialités

Manon Dubois

Lors de mon internat à Lille, j'ai eu l'opportunité de suivre ce DU et cela a changé ma vision de la dermatologie. Au départ, je pensais que l'immuno-oncologie était une discipline très éloignée de mon quotidien... Mais en réalité, la dermatologie est partout dans ce domaine ! Nous sommes souvent en première ligne pour diagnostiquer les toxicités cutanées des immunothérapies et nos connaissances peuvent être cruciales pour une prise en charge rapide et adaptée. Le DU m'a permis de mieux comprendre les traitements et d'affiner ma pratique.

BONNE NOUVELLE : SELON LES ENCADRANTS, L'IMPACT DE CES FORMATIONS SE RESSENT DÉJÀ AU QUOTIDIEN, APRÈS SEULEMENT QUELQUES PROMOTIONS

Le Pr Lambotte rappelle que l'absence de formation en immuno-toxicités des précédentes générations d'oncologues était responsable d'une perte de chance majeure, et se félicite d'une vraie "*culture de l'immunothérapie*", comparant même cette révolution à celle de l'apparition de la trithérapie dans le VIH. Le Dr Maria observe également une amélioration de l'organisation des soins, avec "*des soignants plus sensibilisés aux toxicités immunitaires, fluidifiant la prise en charge des patients. Les spécialistes d'organes gagnent en autonomie, et la RCP est désormais réservée aux cas les plus complexes.*"

Le Pr Mortier souligne surtout les avancées concrètes issues de la formation : *suite aux premières promotions, des fiches de grades de toxicité ont été créées, désormais utilisées au quotidien dans les services.*

Mais ces formations évoluent encore ! À Lille, l'idée d'un DIU national est évoqué, afin de mutualiser les compétences des différents centres. À Montpellier, on souligne le besoin de sensibiliser les médecins généralistes pour une meilleure articulation entre ville et hôpital, tandis que l'IGR souhaite mobiliser plus de personnel paramédical.

Alors, pourquoi se former à l'onco-immunologie appliquée à la dermatologie ? Vous l'aurez compris, cette formation offre une opportunité unique pour les dermatologues de mieux comprendre et maîtriser les traitements innovants qui transforment la prise en charge du cancer et d'acquérir une expertise sur les immunothérapies et leurs toxicités. En créant des opportunités de collaboration avec des oncologues, internistes et biologistes au sein d'un réseau d'experts, elle permet d'optimiser la prise en charge des patients atteints de cancers cutanés et d'effets secondaires des immunothérapies.

Pour les jeunes dermatologues hésitant encore à franchir le pas, une chose est sûre : ces DU offrent bien plus qu'une simple formation. Ils ouvrent la voie à une nouvelle façon de concevoir la dermatologie et l'oncologie, en plaçant la collaboration et l'innovation au cœur de la pratique médicale.

Enfin, comme le rappelle le Pr Mortier : "***L'immuno-oncologie transforme la dermatologie. Se former à ce domaine, c'est embrasser le futur de notre spécialité.***" Le Pr Lambotte abonde en ce sens : "***jeunes dermatologues, avancez avec l'avenir à vos côtés !***"

VOUS ÊTES INTÉRESSÉ(E) ?

Renseignez-vous sur les sites des universités concernées pour rejoindre la prochaine promotion !

ZOOM SUR UNE RECHERCHE : MULTIR

Lise BOUSSEMART
PU-PH, Service de Dermatologie du CHU de Nantes,
Équipe INSERM INCIT UMR 1302, Nantes Université,
Institut de Dermatologie du Grand Ouest

« La médecine personnalisée, en particulier dans le domaine de l'immunothérapie, représente l'un des plus grands progrès de la médecine moderne, offrant la possibilité de traiter les cancers de manière plus ciblée, plus efficace et avec moins d'effets secondaires » d'après James P. Allison, lauréat du prix Nobel de physiologie ou médecine en 2018, un des fondateurs de l'immunothérapie contre le cancer.

C'est dans cette ligne que s'inscrit MULTIR, projet de recherche européen multi-cancers ayant pour ambition la prédiction de la réponse à l'immunothérapie. Une belle promesse qui pourrait révolutionner la médecine de demain.

LA GENÈSE DU PROJET MULTIR AU TRAVERS DU PARCOURS DE PR BOUSSEMART

Aujourd'hui oncodermatologue au CHU de Nantes, spécialisée dans le mélanome et coordinatrice comblée du projet européen MULTIR, Pr Lise BOUSSEMART a accepté de partager son expérience pour la deuxième édition de la Revue des Jeunes Dermatologues. Elle fait partie des pionniers de ce projet innovant.

C'est dans les hôpitaux parisiens puis à Villejuif en Centre de Lutte contre le Cancer à Gustave Roussy qu'elle a appris le métier en tant qu'interne et post-interne. Par la suite, elle exerce pendant 5 ans en tant que MCU-PH au CHU de Rennes avant de devenir PU-PH au CHU de Nantes en 2020. Aux côtés de Pr Brigitte DRENO, elle co-dirige l'équipe de recherche INSERM. C'est à cette occasion que Pr BOUSSEMART a pu s'épanouir avec une liberté totale dans ses thématiques de recherche et notamment créer l'essai clinique HELIOPREDICT.

Qu'est-ce que cet essai clinique ? Financé par la région Pays de la Loire, HELIOPREDICT vise à créer par intelligence artificielle un algorithme prédictif de la réponse des cancers cutanés aux traitements systémiques. En effet, l'observation pratique de la dermatologie montre que plus l'héliodermie des patients est prononcée, plus la charge mutationnelle du cancer cutané est élevée. Or, bien que la charge mutationnelle soit déjà un biomarqueur prédictif reconnu de la réponse aux anti-PD-1, elle n'est pas accessible en pratique courante. HELIOPREDICT analyse donc la photographie de la peau péri-cicatricielle du cancer cutané afin de prédire la réponse aux anti PD-1 versus thérapies ciblées.

L'appel à projet HORIZON 2020 Mission Cancers a, par la suite, propulsé cet algorithme sur le plan international grâce au projet MULTIR.

Photo du premier meeting annuel Multir, octobre 2024, Athènes

UN OUTIL D'AIDE THÉRANOSTIQUE POUR PRÉDIRE LA RÉPONSE À L'IMMUNOTHÉRAPIE

L'ambition de prédire la réponse oncologique avant même l'initiation du traitement semble inatteignable. C'est pourtant l'espoir vers lequel tend le projet MULTIR.

Une sélection de 17 centres académiques et privés a été réalisée, impliqués sur 4 ans et dans 12 pays différents. Ils ont été recrutés sur leur expertise dans des domaines variés tels que l'immunothérapie des cancers, la génétique, la transcriptomique, la protéomique, l'intelligence artificielle, l'éthique, l'expérience-patient et la communication grand public. L'objectif commun est le développement d'un outil d'aide théranostique prédisant la réponse à l'immunothérapie des cancers fondé sur leur analyse moléculaire extensive et l'IA. Les cancers concernés actuellement sont le mélanome, le cancer bronchique et le cancer de vessie. L'extension du projet sur 4 ans a permis de déployer HELIO-PREDICT dans de nombreux centres français, aussi bien dans des CHU, des CH que dans des CLCC, et de proposer, bien au-delà de la simple prise de photographie clinique, l'établissement de la « carte d'identité moléculaire » du cancer de chaque patient.

MULTIR analysera les données de milliers de tumeurs et une partie de ces données anonymisées sera mise à disposition en libre accès pour les chercheurs du monde entier.

Depuis quelques années, le domaine de l'oncologie dermatologique a connu de nombreuses révolutions. Le projet MULTIR représente encore une avancée majeure dans la personnalisation de l'immunothérapie, en combinant expertise multidisciplinaire et technologies de pointe telles que l'intelligence artificielle et l'analyse moléculaire.

« Si on m'avait dit, petite fille, qu'un jour je participerais à un projet visant à améliorer la prise en charge des cancers grâce à la formation d'un tel consortium international, je n'aurais pas rêvé plus beau. J'ai vraiment une chance inouïe de mener ce projet auquel je crois avec des alliés extraordinaires, un soutien financier public solide, sans oublier les dons de patients et de leurs familles qui permettent une souplesse indispensable aux imprévus inhérents à la recherche. »

Si on m'avait dit, petite fille, qu'un jour je participerais à un projet visant à améliorer la prise en charge des cancers grâce à la formation d'un tel consortium international, je n'aurais pas rêvé plus beau.

RÉSUMÉ DU JIRD 2024

Marion OBERLÉ
Dermatologue libérale

PÉDIATRIE

Lumière sur une pathologie

(Intervention de Dr N.BELLON - APHP)

Œdème aigu hémorragique du nourrisson : **vascularite bénigne** survenant spécifiquement chez le nourrisson (< 2 ans), de début brutal. Les **lésions purpuriques** peuvent être impressionnantes mais contrastent avec une **conservation de l'état général** de l'enfant. Le diagnostic est clinique : macules purpuriques en cocarde avec un œdème des extrémités et du visage. Le traitement est symptomatique avec une évolution favorable en 1 à 3 semaines.

Source photo : https://www.realites-pediatriques.com/wp-content/uploads/sites/3/2016/04/RP_181_RP_Bodak.pdf

Biothérapies chez l'enfant

(Intervention Dr N.BELLON - APHP)

Pathologie	Biothérapies avec AMM
Dermatite atopique	DUPILUMAB dès 6 mois ▪ Effet indésirable le plus fréquent : conjonctivite. Arrêt nécessaire si kératite ou kérato-conjonctivite ▪ Pas de contrôle biologique nécessaire ▪ Echec si absence d'amélioration après 6 mois TRALOKINUMAB à partir de 12 ans (action plus lente, mais moins de risque de kérato-conjonctivite). UPADACITINIB à partir de 12 ans BARICITINIB dès 2 ans mais non remboursé en France LEBRIKIZUMAB à partir de 12 ans (pas encore de prix)
Psoriasis	ADALIMUMAB à partir de 4 ans ETANERCEPT à partir de 6 ans USTEKINUMAB à partir de 6 ans SECUKINUMAB à partir de 6 ans IXEKIZUMAB à partir de 6 ans
Hidradénite suppurée	ADALIMUMAB à partir de 12 ans
Prurigo	DUPILUMAB à partir de 12 ans
Urticaire chronique spontané	OMALIZUMAB à partir de 12 ans si résistance aux antihistaminiques
Pelade	RITLECITINIB à partir de 12 ans (remboursement depuis octobre 2024)

Malformations vasculaires : ce qu'il faut retenir

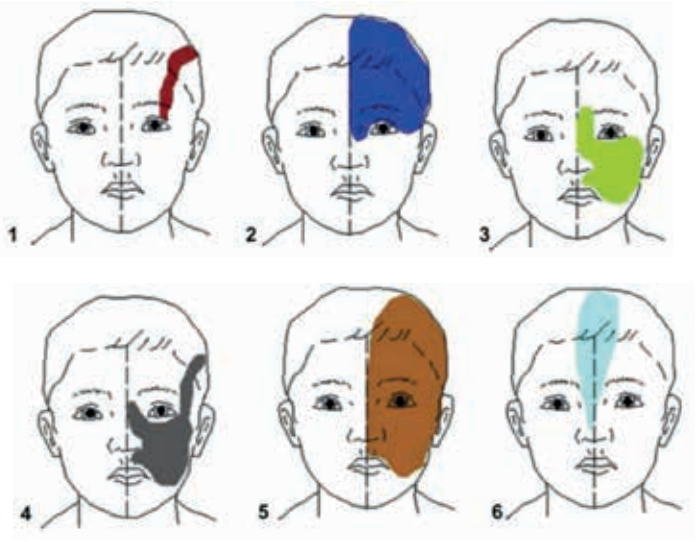
(Intervention de Dr S.LEDUCQ, Tours)

➔ Dues à des mutations somatiques post-zygotiques (présentes uniquement sur le tissu atteint et non sur le tissu sain).

Malformation capillaire faciale (gène GNAQ/GNA11) :

Indication à rechercher un syndrome de Sturge-Weber en cas d'atteinte type 2, 4, 5, 6.

Sinon, pas d'examen complémentaire à réaliser.
Possibilité de proposer du laser colorant pulsé dès 3 mois mais recoloration fréquente après 10 ans de manière spontanée.



Malformation veineuse

(gène TEK)
Diagnostic clinique mais l'IRM conserve une place de choix pour rechercher des lésions profondes qui peuvent être traitées pour éviter les thromboses.
Les traitements possibles sont la compression, la sclérothérapie, la chirurgie si anomalie localisée, les antiagrégants et/ou anticoagulants si risque thrombotique élevé (à discuter au cas par cas).

Malformation lymphatique macrokystique

- Cliniquement : grosse tuméfaction sous-cutanée qui augmente en volume lors des évènements infectieux.
- Examens complémentaires : IRM avec séquence T2 FAT-SAT systématique pour confirmation diagnostique.
- Traitements possibles : sirolimus sirop (diminue les douleurs, les saignements, les suintements et le volume).

Malformation artérioveineuse

- Cliniquement : ressemble à un angiome plan mais lésion chaude, pulsatile et évolutive.
- Examens complémentaires : échographie puis angio-IRM. L'examen de référence est l'artériographie mais il est invasif donc réservé aux cas particuliers.
- Prise en charge multidisciplinaire.

MUQUEUSES

Lichen plan buccal

(Pr J.-C. FRICAIN du CHU de Bordeaux)

Maladie auto inflammatoire idiopathique la plus fréquente de la muqueuse buccale, non contagieuse, avec risque de transformation faible.

- *Cliniquement* : papules blanchâtres se réunissant pour former un réseau réticulé puis une plaque en tache de bougie. Nécessite de rechercher des atteintes extra-buccales (vulvaire, unguéale, pharyngée).

Remarque : *Le lichen scléreux n'existe pas en bouche.*

- Rechercher des *facteurs inducteurs :*
  - Lésions lichénoïdes induites par les matériaux (amalgames dentaires).
  - Lésions lichénoïdes induites par les médicaments (propranolol, immunothérapie, anti-TNF...).
- *Traitements à proposer* : bain de bouche cortisoné, tacrolimus pommade ou en bain de bouche.

Lichen vulvaire

(Dr S. LY du CHU de Bordeaux, Dr J.-N. DAUENDORFFER à l'AP-HP)

	Lichen scléreux vulvaire	Lichen plan vulvaire
Fréquence	+++	+
Symptômes	Prurit	Douleurs, dyspareunies
Extension	Possible atteinte anale Jamais d'atteinte buccale	Pas d'extension mais nécessite de rechercher une atteinte buccale
Traitement	Bonne réponse aux corticoïdes	Corticothérapie prolongée voire traitement par méthotrexate

Lichen génital chez l'homme

(Dr S. LY du CHU de Bordeaux, Dr J.-N. DAUENDORFFER à l'AP-HP)

	Lichen scléreux génital masculin	Lichen plan génital masculin
Fréquence	+++	+
Clinique	Lésions hypo-chromiques et sclérose du prépuce, gland, fourreau distal. Complication la plus fréquente : phimosis *Parfois atteinte isolée du frein avec risque de rupture*	Lésions érythémateuses Adhérences balanopréputiales
Extension	Pas d'extension anale Jamais d'atteinte buccale	Pas d'extension mais nécessite de rechercher une atteinte buccale
Traitement	Bonne réponse aux corticoïdes	Corticothérapie prolongée voire traitement par méthotrexate

Vulvovaginite non spécifique

(Dr E. BOURRAT à l'AP-HP)

Première cause chez la petite fille → pas de prélèvement (sauf si suspicion de surinfection bactérienne) et proposer des conseils d'hygiène, en se méfiant des excès d'hygiène.

Remarque : Avant la puberté, il n'y a pas d'imprégnation œstrogénique de la muqueuse vulvaire. Le milieu n'est donc pas propice au développement de Candida Albicans. Chez la fille prépubère avec une vulvite, la cause ne sera jamais fongique.

Classification des lésions pigmentées de la muqueuse buccale

(Dr C. ISNARD à l'hôpital Cochin)

Cause la plus fréquente : mélanose tabagique (cf. photo) : plage brune/noirâtre étendue de la face interne des joues. Isolée ou associée à des kératoses tabagiques.

Source : https://www.realites-dermatologiques.com/2024/02/lesions-pigmentees-buccales/

Lésion(s) pigmentée(s)

Unique / unifocale

Mélanocytaire
- Éphélide
- Lentigo
- Macule mélanotique
- Nævus
- Mélanome

Vasculaire
- Varice linguale
- Lac veineux
- Malformation vasculaire
- Granulome pyogénique
- Maladie de Kaposi
- Hémorragie sous-épithéliale

Exogène
- Langue noire villeuse
- Tatouage aux amalgames
- Autre tatouage

Multiples / multifocales

Syndrome de Peutz-Jeghers
Complexe de Carney
Autres génodermatoses

Syndrome de Laugier

Lichen pigmentogène

Diffuse

Ethnique
Mélanose tabagique
Médicaments
Post-inflammatoire
Erythème pigmenté fixe
Endocrinopathies
Carences (vitamine B12)
Hémochromatose
Intoxication aux métaux lourds

IST en 2024

(Dr F. HERMS à l'AP-HP)

Toujours réitérer les dépistages IST 3 semaines après la date des derniers rapports non protégés.

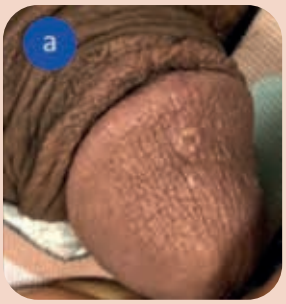
Traitements :

Pathologie	Traitement en 2024
Gonocoque	Ceftriaxone 1g IM dose unique
Chlamydia	Doxycycline 100mg x2/j pendant 7j / ! \ Attention, l'azithromycine n'est plus recommandée
Mycoplasme genitalis (/ ! \ dépister uniquement si symptomatique, portage sain fréquent)	Azithromycine 500mg J1 puis 250 mg J2-J5 (en l'absence de résistance) Sinon moxifloxacine 400mg/j pendant 7 jours
Syphilis	Benzathine peniG : 2,4MUI 1 à 3 injections (selon le stade)
Lymphogranulomatose vénérienne	Doxycycline 100mg x2/j pendant 21 jours
HSV	Valaciclovir 500mgx2/j pendant 5-10 jours

Penser aux nouvelles IST

- Mpox : pustules ombiliquées, ulcérations, adénopathies inflammatoires associées → Apparait dans les 3 à 14 jours après l'exposition.
  - Traitement : soins locaux, traitement symptomatique.

Lésion génitale



Four Human Mpox Cases from Turkey
DOI: 10.36519/idcm.2023.205

Monkeypox Genital Lesions
DOI: 10.1056/NEJMicm2206893

Clinical Updates in Sexually Transmitted Infections, 2024
DOI: 10.1089/jwh.2024.0367

Périanale

2022 Mpox (monkeypox) outbreak: a concise review focused on new features of dermatological lesions
DOI: 10.1016/j.abd.2023.02.001

Atteinte oropharyngé

Mpox Tongue Lesions
DOI: 10.1056/NEJMicm2307920

Primary Mpox and Secondary Syphilis in an HIV Patient: A Community Hospital Experience
DOI: 10.1177/23247096231165739

Atteinte cutanée

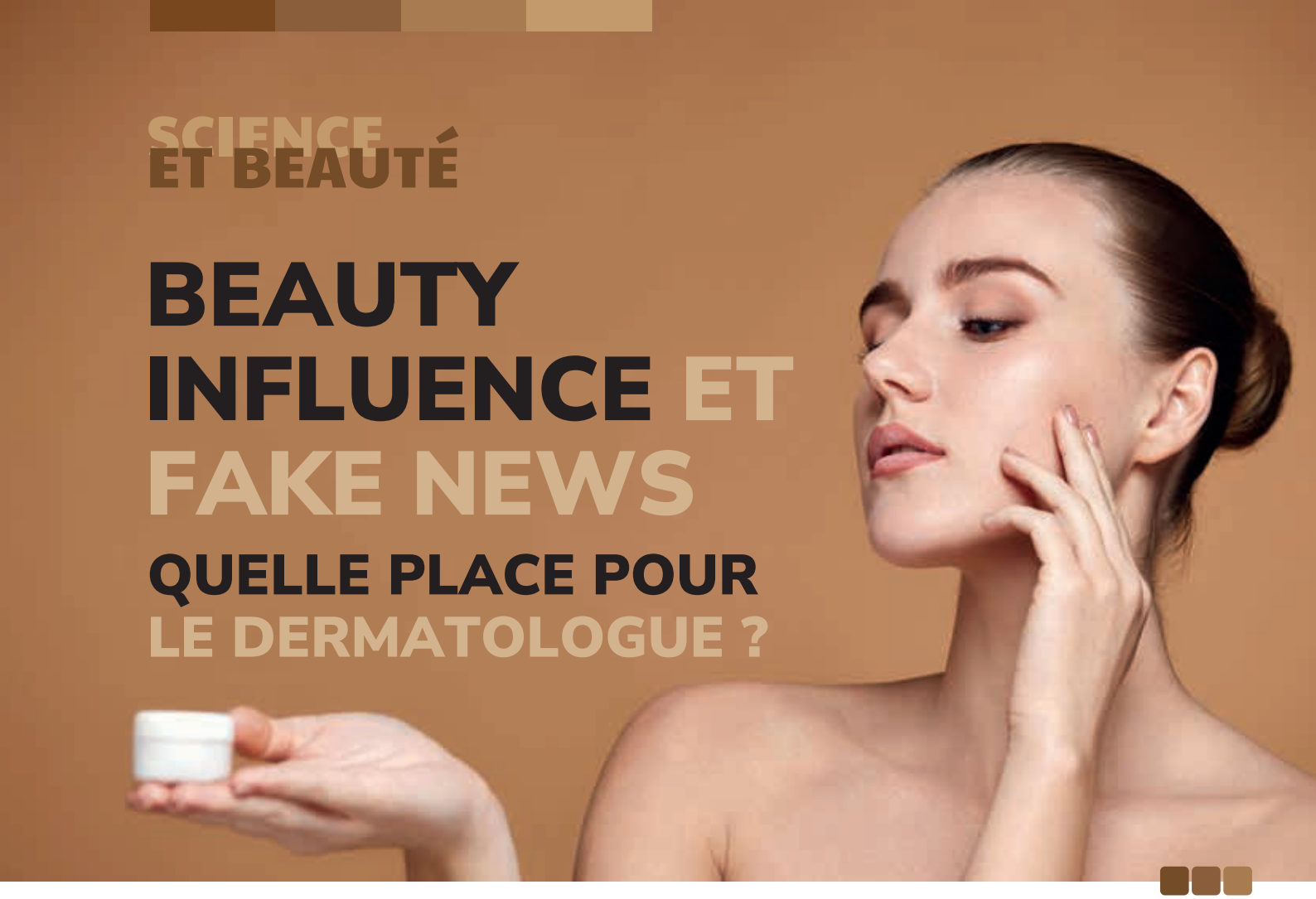
Monkeypox Presenting as a Hand Consult in the Emergency Department: Two Case Reports
DOI: 10.1177/15589447231177098

- Trichophyton mentagrophytes :
  - Terbinafine PO pendant 4 semaines.

SCIENCE ET BEAUTÉ

BEAUTY INFLUENCE ET FAKE NEWS

QUELLE PLACE POUR LE DERMATOLOGUE ?



Mariam DERIOUICH
VP formation de la FDVF
Interne de Dermatologie à Caen

Dans toutes les civilisations et de tout temps, nous retrouvons des standards de beauté contraignant (les femmes le plus souvent) à tendre vers une norme sociale prédéfinie. Depuis l'avènement des réseaux sociaux, ces normes sont reconstruites via une présence virtuelle quasi-constante de corps et peaux parfaits, ne semblant pas vieillir.

L'émergence des influenceurs a conduit à l'apparition d'un véritable marché de l'information et de produits de toutes sortes. C'est ainsi que certains s'autoproclament « skinfluencers » ou « beauty influencer » (le plus souvent sans qualification professionnelle) et prodiguent des conseils pour obtenir LA peau parfaite et l'éternelle jeunesse. Depuis le confinement en 2019, l'industrie de la beauté a grandi de manière exponentielle et le rôle joué par les réseaux sociaux n'y est pas anodin. Dans une étude de la Harvard Business School menée en 2021, 62 % des femmes ont déclaré suivre des influenceurs beauté sur les réseaux sociaux. Il est même prouvé désormais qu'une publicité par le biais des influenceurs aura plus d'impact qu'une campagne publicitaire dite classique. On estime que ce marché du « prendre soin de soi » représenterait près de 650 milliards de dollars dans le monde en 2024. C'est dans ce contexte d'influence qu'ont émergé des tendances, relayées par de nombreux médias voire même par certains professionnels de santé.

Pour ouvrir cette nouvelle rubrique de la RJD, nous nous intéresserons au sujet de la supplémentation orale en collagène, à laquelle on attribue une panoplie de bienfaits spectaculaires. En poudre dans son café du matin, dans un smoothie ou avec de l'eau, en bonbon ou en gélule, il existe une pluralité de consommables à base de collagène envahissant le feed de nos réseaux sociaux. Ils représentent un marché de près de 4,7 milliards de dollars en 2022, et il est prévu que ce chiffre monte à 7,2 milliards en 2030. Le plus gros consommateur est actuellement le continent asiatique, suivi de l'Europe puis de l'Amérique du Nord. Le plus souvent, ils sont extraits de collagène bovin, parfois porcin, de volaille ou même de poisson. Malgré cette validation du grand public, les promesses marketing sont-elles tenues ? Avons-nous mis le doigt sur un secret de jeunesse ?

Entre marketing à outrance et études scientifiques, quelles sont véritablement les promesses des compléments alimentaires à base de collagène ?

Collage à partir de premières pages d'article des magazines Marie Claire, Vogue, Glamour, GQ et Poosh.

CARACTÉRISTIQUES ET RÔLES DU COLLAGÈNE

Le collagène est la protéine la plus abondante de notre organisme, représentant près de 30 % des protéines de notre corps. Retrouvé dans la matrice extra-cellulaire, il assure l'élasticité et la résistance de nos tissus. Sa synthèse, bien qu'importante dans l'enfance, diminue physiologiquement avec l'âge, plus ou moins influencée par des facteurs environnementaux tels que la consommation d'alcool, de tabac, la pollution environnementale, l'exposition solaire, la sédentarité ou encore la malnutrition. Il intervient dans la structure de notre peau, de nos phanères mais également dans celle de nos articulations, os, cartilages et muscles. On en décompte près de 28 types mais les types 1 à 3 sont ceux le plus souvent retrouvés. Son rôle dans l'homéostasie corporelle est donc indéniable. Toutefois, certains gestes peuvent-ils entraver son irréversible diminution physiologique ? Le collagène étant une combinaison d'acides aminés, essentiellement de glycine et de proline, une alimentation enrichie en ces deux acides aminés serait protectrice. Ils peuvent être retrouvés dans la plupart des viandes, poissons et produits laitiers mais également dans les avocats, agrumes, fruits rouges... Pour autant, leur biodisponibilité dépend de la structure de la molécule ingérée et donc de l'aliment dont ils sont issus. De plus, d'autres facteurs semblent diminuer le risque de perte de collagène : la consommation d'antioxydants, l'application d'un indice de protection solaire... Mais alors, quelle est la place des compléments alimentaires à base de collagène dans notre quotidien lorsque l'alimentation est variée et équilibrée ?

SUPPLÉMENTATION ORALE EN COLLAGÈNE ET ÉTUDES SCIENTIFIQUES

La première question clé est celle du mécanisme. Comment la consommation d'une protéine pourrait-elle avoir un effet cutané direct ? Effectivement, le corps n'est pas capable d'assimiler le collagène tel quel, il le dégrade en acides aminés pour pouvoir passer la barrière intestinale. La consommation orale de collagène aboutirait donc à un taux plus important de certains acides aminés. D'ailleurs, certaines études ont démontré l'augmentation de dimères de prolyl-hydroxyproline (Pro-Hyp) et d'hydroxyprolyl-glycine (Hyp-Gly) dans le sérum après ingestion d'hydrolysats de collagène. Ces acides aminés sont donc bel et bien absorbés par notre organisme. Mais par quel moyen la reconstruction des acides aminés en protéine irait préférentiellement vers le collagène ?

Des études de bonne qualité, contre placebo, avaient pour but de répondre à cette question. La dernière grande méta analyse publiée en 2023 incluait 26 essais contrôlés randomisés - soit près de 1721 patients - et a montré une supériorité significative sur l'hydratation et l'élasticité cutanée après prise d'un complément alimentaire à base de collagène. Les deux paramètres d'intérêt étaient significativement 4 à 5 fois meilleurs dans le groupe bénéficiant de la supplémentation versus placebo ($p < 0{,}00001$). Les paramètres étaient mesurés de manière

objective, avec un corneomètre pour l'hydratation cutanée et un cutomètre pour l'élasticité. Pourtant, les auteurs alertaient sur une difficulté majeure de comparaison puisque de nombreux facteurs variaient selon les études : les durées de supplémentation (allant de 2 à 12 semaines), les posologies, les formes de supplémentation (combinés avec d'autres vitamines/oligo-éléments) et leur origine (marin, bovin, de volaille ou de porc), les âges des participants (parfois < 50 ans) et le nombre de patients inclus (parfois < 40 patients). Ils ont donc calculé un risk of bias qui pointait du doigt le risque de biais de randomisation dans une des études, celui d'écart au protocole dans sept études et un risque de données manquantes dans treize études. Les analyses en sous groupes portaient principalement sur l'origine du collagène et la durée de supplémentation. Les résultats étaient significativement différents selon l'origine du collagène, avec un effet a priori meilleur du collagène marin sur les autres. Quant aux durées de supplémentation, il apparaissait une différence significative lorsque la supplémentation était supérieure à 8 semaines.

Les auteurs concluent cet article en gardant une certaine vigilance car, bien que leur étude soit prometteuse, des études de bonne qualité à plus grande échelle sont nécessaires. Ils soulignent l'importance de biais de confusion quant à la non prise en compte du mode de vie des patients (âge, exposition solaire, habitudes alimentaires...) et la non standardisation de ces compléments alimentaires. D'ailleurs, nous parlons toujours de compléments alimentaires à base de collagène puisque ceux-ci contiennent souvent du zinc, de la vitamine A, C et E, de la biotine et autres vitamines/oligo-éléments faussant l'analyse propre des bienfaits prétendus du collagène. De plus, en tant que complément alimentaire, la législation n'est pas la même et le dosage (pouvant aller de 2,5g à 10g/jour selon les études) ainsi que la qualité du collagène utilisé ne sont pas réglementés. Par ailleurs, la tolérance est excellente et aucun effet indésirable n'est habituellement rapporté.

DOCTEUR, ME CONSEILLEZ-VOUS LES COMPLÉMENTS À BASE DE COLLAGÈNE POUR MA PEAU ?

Le premier point important est celui d'informer les patients sur les résultats des recherches scientifiques menées jusqu'à maintenant, leur caractère prometteur mais leurs preuves limitées. Il faut également prendre en compte le prix de tels produits (comptez environ 30 à 60 euros par mois pour les suppléments à base de collagène vendus en parapharmacie). Toutefois, il faut nuancer avec le fait qu'avaler une gélule quotidiennement semble moins contraignant que l'application d'une crème tous les jours pour certains patients. Aussi, il convient toujours de rappeler qu'une alimentation équilibrée, enrichie en protéine, une activité physique régulière, une protection solaire quotidienne ou bien l'absence d'intoxication tabagique sont déjà des clés connues et reconnues du bien vieillir et d'une peau en bonne santé.

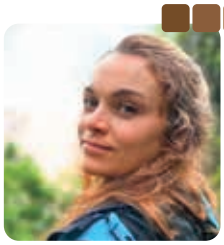
Nous vous en souhaitons bonne réflexion.

RÉFÉRENCES

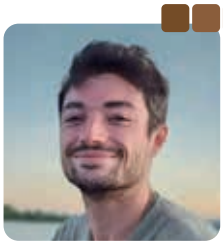
1. https://www.statista.com/outlook/cmo/beauty-personal-care/worldwide#:~:text=The%20Beauty%20%26%20Personal%20Care%20market,(CAGR%202024%2D2029).
2. https://www.quechoisir.org/actualite-complements-alimentaires-les-fausses-promesses-du-collagene-n115334/
3. https://biochimiedesproteines.espaceweb.usherbrooke.ca/3f.html
4. https://www.health.harvard.edu/blog/considering-collagen-drinks-and-supplements-202304122911
5. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocd.12393
6. https://www.uclahealth.org/news/should-you-take-collagen-supplements
7. https://injawellness.com/blogs/blog/how-do-collagen-supplements-get-absorbed-within-the-body#:~:text=When%20you%20consume%20collagen%2C%20enzymes,that%20need%20the%20most%20help.
8. https://iquitsugar.com/blogs/articles/the-unexpected-collagen-boosting-foods-you-should-be-eating
9. https://www.marketsandmarkets.com/Market-Reports/collagen-market-220005202.html
10. https://inkwoodresearch.com/reports/medical-collagen-market/
11. https://www.futuremarketinsights.com/reports/collagen-supplements-market
12. https://www.vegavero.com/le-collagene-pour-qui-pourquoi-et-comment
13. https://facmed-univ-oran.dz/ressources/fichiers_produits/fichier_produit_2224.pdf
14. https://biofaculte.blogspot.com/2015/03/cours-histologie-tissus-conjonctif.html
15. Miranda RB, Weimer P, Rossi RC. Effects of hydrolyzed collagen supplementation on skin aging: a systematic review and meta-analysis. Int J Dermatol. 2021 Dec;60(12):1449-1461. doi: 10.1111/ijd.15518. Epub 2021 Mar 20. PMID: 33742704.

VOS ENGAGEMENTS

LA CARAVANE MÉDICALE



Marie
Dermatologue



Théo
Médecin généraliste

« La Caravane Médicale », c'est le projet itinérant de Marie, dermatologue ayant grandi en Auvergne et formée à Bordeaux, et de Théo, médecin généraliste originaire de Rouen. Après leur mariage fin 2024, le couple se lance cette année dans un périple médical et humanitaire le long de la côte Ouest-Africaine à bord d'un camion préalablement rénové par leurs soins.

Forts d'expériences de voyages et d'une formation de médecine tropicale : voyages en Inde à l'adolescence, au Bénin et en Asie pendant les études de médecine puis internat réalisé en Guyane (Théo), scoutisme et expériences familiales en Inde et à Madagascar avant de réaliser un stage d'internat à Cayenne (Marie), c'est donc en Guyane aux portes de l'Amérique Latine que le couple se forme à la médecine « du bout du monde ». Dans ce territoire qui souffre souvent des préjugés, ils se confrontent à la fois aux spécificités de la médecine tropicale, à la diversité culturelle, et à l'exercice médical en zone reculée, souvent plus démunie en infrastructures. Ils s'y arment de résilience et prennent goût à cette façon toujours renouvelée de pratiquer la médecine.

Après leur retour en Métropole, le projet met deux ans à voir le jour. Étape clé de sa concrétisation, ils font l'acquisition en août 2023 d'un camion Renault - déjà plus de deux cent mille kilomètres à son compteur ! Ils sont contraints de troquer leur blouse blanche pour le tablier de mécanicien afin de dompter l'anatomie du moteur, une aventure en elle-même riche de rencontres et de nouvelles compétences, non sans périodes de doutes. Avec le support de l'association Humatem, ils rassemblent le matériel médical pour équiper le véhicule et se préparer à faire face au plus grand nombre de situations : électrocardiogramme, défibrillateur, moniteurs, échographe, médicaments et dermatoscope bien entendu.

Le camion révisé, réparé, équipé, devenu Caravane Médicale, est prêt à partir en ce début d'année 2025. Direction le Maroc puis cap au Sud le long de la côte ouest-africaine en traversant le Sénégal, le Cameroun, le Gabon, avant de remonter par le Lesotho, le Mozambique, le Rwanda et l'Ethiopie. En chaque point du périple, l'objectif sera de mettre en place une collaboration avec les soignantes et soignants sur place pour optimiser les prises en charge de prévention, de dépistage et de premiers soins en fonction des besoins, ce qui bien sûr passera par la découverte des langues, éléments de culture et d'épidémiologie. Le dispositif se destine avant tout aux localités isolées où l'accès aux soins se trouve limité par des contraintes géographiques ou sociales.

Les fonds récoltés via financement participatif grâce aux réseaux sociaux du projet seront dirigés exclusivement vers les activités de soin mises en œuvre sur place. Aménagé de façon à pouvoir accueillir deux professionnels de santé en plus de Théo et Marie pour une durée d'un à deux mois, le camion-caravane a la capacité d'abriter de nouvelles collaborations au fil du périple.

Pour suivre et soutenir ce projet qui vise à proposer des soins dans des zones démunies au plus près des populations, rendez-vous sur le site internet www.lacaravanemedicale.com, la cagnotte OKPAL, et les réseaux sociaux de la Caravane Médicale.

UNE JOURNÉE DANS LA PEAU D'UNE INTERNE EN DERMATOLOGIE AU NÉPAL

Camille KIEFFER
VP environnement de la FDVF
Interne de dermatologie à Rouen

Après 3 mois passés dans le service de dermatologie du Teaching Hospital de Kathmandou, je vous propose de me suivre au cœur de l'action l'instant d'une journée.

Statue de Bouddha en or de Swayambhunath. Katmandou, Népal

BREAKING NEWS *Au Népal, la semaine commence... le dimanche !*

L'HOSPITALISATION

Dès 8h30, la journée démarre avec la visite des patients hospitalisés. Ici, pas de chambre individuelle : de grandes salles austères, 6 à 10 lits s'alignent, de fragiles paravents garantissent une intimité minimaliste.

Les constantes du jour, prescriptions et notes d'évolution s'inscrivent à la main dans des dossiers papiers. La visite est brève mais efficace : chaque cas est discuté pour ajuster les traitements et envisager la suite de la prise en charge. Les pathologies relevant d'une hospitalisation varient de l'acné fulminans aux toxidermies, des psoriasis pustuleux ou encore des pemphigus. La famille joue un rôle crucial : elle s'occupe de la toilette et des repas des patients car il n'y a pas d'aides-soignantes. Ce sont les internes de première année qui réalisent eux-mêmes les pansements.

LES CONSULTATIONS

À 9h, direction le « skin OPD (Out Patients Department) » pour les consultations. Une longue file d'attente serpente déjà devant l'entrée. Chaque patient arrive muni d'un « OPD ticket » : un cahier qui fait office de preuve de paiement, de dossier médical et d'ordonnance.

Les salles de consultation, exiguës mais pleines de vie, accueillent jusqu'à trois consultations en parallèle : un médecin sur un coin de table et tout autour les stagiaires, les infirmières, les familles et, bien sûr, les patients. Au fond de la salle, un simple rideau vert dissimule (à peine) une table d'examen où le patient se déshabille si nécessaire. L'interrogatoire est bref, tout comme l'examen. Les internes ont un sens clinique très aiguisé. En cas de difficulté, il est facile d'interroger le sénior qui est juste à côté en train de mener également sa consultation.

Les pathologies les plus fréquentes sont des urticaires, dermatophyties, acné, mélasma mais aussi des cas de lèpre que l'on ne croise presque plus en Europe. Si une biopsie est nécessaire, le patient doit acheter lui-même le matériel avant que l'intervention ne soit planifiée.

LES GESTES MÉDICAUX

Les internes de première année sont préposés aux « procédures ». Il s'agit d'interventions mineures à visée diagnostique comme les biopsies, les prélèvements mycologiques ou encore la recherche de lèpre dans le suc des patients grâce au SS test (Smear Skin Test).

Ce sont aussi de véritables biologistes ! Dans une petite salle attenante, ils colorent et analysent eux-mêmes les prélèvements au microscope l'après-midi à la recherche de mycobactéries ou du bacille de Hansen.

Mont Machapuchare. Népal

Certaines interventions thérapeutiques sont également conduites par les internes : injections de corticoïdes intra-lésionnelles (cicatrices chéloïdes, plaques alopéciques), injections du vaccin ROR, applications des podophyllines pour traiter les verrues ou shaving de petites lésions.

LES COURS

À 12h30, place aux cours. Préparés par les internes eux-mêmes, ces sessions pédagogiques regroupent des exposés classiques, des présentations de cas cliniques ou des discussions autour de projets de recherche.

PAUSE DÉJEUNER

Vers 13h, la faim se fait sentir. Direction la cantine pour savourer le traditionnel Dhal Baat Tarkari, une soupe de lentilles servie avec du riz et des légumes que l'on mange avec les mains.

LES GARDES

L'après-midi s'enchaîne avec les consultations, tout comme le matin. Elles finissent vers 16h et les internes sont libres excepté un des internes de première année qui est « on duty », c'est-à-dire de garde dans le service. Il assure les avis au sein de l'hôpital, gère les patients hospitalisés et les nouvelles admissions. Il passe la nuit dans la salle de repos sur un canapé. Pas de repos de garde, il faut pouvoir être en forme le lendemain. Cette année, il n'y a que 2 internes de première année : ils dorment donc un jour sur deux à l'hôpital.

LE PARCOURS DES ÉTUDES DE MÉDECINE

Les études de médecine sont assez similaires au système français. Après le lycée, les étudiants passent un concours national déterminant leur université ainsi que l'hôpital associé. Une fois celle-ci intégrée, le parcours repose sur 5 ans de cours théoriques suivis d'un an de stages dans différents services. À l'issue de ces années, les étudiants sont diplômés de médecine générale. Ils doivent exercer un an dans le service de leur choix... S'ils souhaitent choisir une spécialité, ils doivent ensuite passer un nouvel examen national dont le classement leur permettra de choisir leur université ainsi que la spécialité. L'internat de dermatologie dure 3 ans et s'achève avec un examen écrit sur l'ensemble du programme de dermatologie ainsi que le rendu d'une thèse. Il n'y a cependant pas de soutenance orale.

FUN FACT

Ici, la coutume veut que l'étudiant offre un stylo à son encadrant pour que celui-ci signe le manuscrit de sa thèse !

LES FRAIS MÉDICAUX

L'ensemble des frais médicaux est assuré par les patients. L'accès aux biothérapies est donc très limité notamment dans le cas de la dermatite atopique et le psoriasis dont le traitement des formes réfractaires relève plutôt de la ciclosporine ou du méthotrexate. Les anticorps monoclonaux utilisés sont le rituximab dans le pemphigus et le nivolumab dans le mélanome métastatique. Le seul inhibiteur de JAK est le tofacitinib, prescrit à titre exceptionnel dans le cas de la pelade.

Au cours de mes trois premiers mois, un cas m'a particulièrement bouleversée. Il s'agissait d'un jeune patient de 23 ans présentant un psoriasis pustuleux. Traité à de multiples reprises par des corticostéroïdes oraux, il a développé de nombreuses complications, notamment infectieuses, évoluant vers un choc septique et nécessitant son transfert en unité de soins intensifs. Les hémocultures retrouvaient une entérobactérie multirésistante. Aucun antibiotique n'était disponible pour ce patient. De plus, la famille n'avait pas les moyens de payer pour les traitements. L'hôpital a pu assurer les frais liés aux soins mais ne pouvait pas prendre en charge les traitements. Nous avons tenté d'appeler les industries pharmaceutiques en demandant de donner gracieusement les médicaments... En vain. Cette situation n'est malheureusement pas isolée.

Démunie devant ce cas, je ressens encore fortement le sentiment d'impuissance qui m'a envahi à ce moment. Indéniablement, je réalise l'immense chance que nous avons en France de pouvoir offrir à nos patients l'ensemble des soins nécessaires, quelle que soit leur situation financière.

L'ASSOCIATION DES ENFANTS DE LA LUNE

LA MALADIE DES ENFANTS DE LA LUNE : DÉFIS, INNOVATIONS ET ENJEUX ADMINISTRATIFS

« La maladie des enfants de la lune », un joli nom pour une dure réalité, celle de ces enfants à qui la simple vie au grand jour est interdite.

Le **Xeroderma Pigmentosum (XP)** est une pathologie génétique rare, de transmission autosomique récessive, empêchant l'organisme de réparer les lésions causées par les UV. Les personnes atteintes doivent éviter toute exposition solaire et certains types de lumière artificielle car ils ont une espérance de vie limitée en raison de leur forte prédisposition aux cancers de la peau et de la cornée dès la petite enfance. Il en existe trois formes :

- **XP classique** (80 % des cas en France) symptomatique dès les premiers mois avec rougeurs, taches pigmentées et cancers précoces.
- **Formes neurologiques** (XPA et XPD) avec des troubles moteurs et cognitifs.
- **XP variante** avec troubles plus tardifs vers 15-30 ans.

On dénombre près de cent personnes diagnostiquées en France. Cette maladie, contraignante et dévastatrice, impose un véritable combat quotidien. Pourtant, nous tirons une fierté immense des progrès réalisés par la science et de l'engagement sans faille de notre association, qui insufflent un nouvel espoir aux familles touchées. En l'absence de traitement curatif, la photoprotection demeure l'arme la plus efficace contre le Xeroderma Pigmentosum (XP). Celle-ci se décline en une série de mesures préventives : l'aménagement des espaces de vie (installation de filtres anti-UV sur les fenêtres, utilisation de lumières LED et UV-mètres pour contrôler l'exposition), la protection corporelle (vêtements lourds et anti-UV, masques ventilés) et, enfin, la nécessité de limiter les sorties pendant la journée. Un quotidien rythmé par des précautions, mais aussi par une résilience sans pareil. Ils sortent principalement la nuit ou dans des espaces clos comme des musées ou centres commerciaux équipés de lumières LED. Les activités extérieures

« La maladie des enfants de la lune », un joli nom pour une dure réalité, celle de ces enfants à qui la simple vie au grand jour est interdite.

ne sont possibles qu'avec des protections lorsque la température extérieure est supportable.

Ceci étant dit, les contraintes psychologiques et financières sont évidemment importantes pour les patients et leurs familles.

Grâce aux **efforts de l'association des Enfants de la Lune**, des masques alliant confort et esthétisme ont vu le jour. Ce masque, finalisé en 2014, intègre une visière transparente et un système de ventilation, permettant l'accès à certaines activités de plein air tout en garantissant une protection optimale. En dépit des défis imposés par la crise COVID, l'année 2021 a été marquée par le développement du LUVI, dispositif innovant de mesure des UV. Les recherches se poursuivent pour perfectionner ces équipements, tant sur le plan esthétique que fonctionnel, afin de faciliter l'intégration sociale des malades.

En 2009, un **arrêté ministériel** a instauré un forfait dérogatoire pour aider financièrement les familles à couvrir les coûts de la photoprotection (crème solaire, masques, gants et lunettes de soleil). Cependant, cette aide n'est pas appliquée uniformément dans tous les départements, créant **une inégalité criante** et un renoncement au renouvellement des équipements. Sans aide, certains foyers rencontrent des difficultés à accéder à des protections de qualité. L'association milite activement pour une **harmonisation nationale** de l'application de cet arrêté.

1er masque anti-UV réalisé avec un tissu utilisé par la NASA

Nouveau masque anti-UV avec une visière transparente et un ventilateur

L'ASSOCIATION DES ENFANTS DE LA LUNE : UN SOUTIEN ESSENTIEL

Fondée en 2000, l'association accompagne les familles dès le diagnostic. Par le **financement intégral** des équipements anti-UV (filtre, masque et LUVI), des conseils variés et un **soutien psychologique**, elle aide à surmonter l'isolement et le bouleversement de vie imposés par le XP. En outre, nous organisons des séjours estivaux, des activités inédites telles que la plongée ou le ski nocturne, créant des occasions précieuses de vivre des moments de partage, d'évasion et de joie. À travers ces initiatives, notre objectif est de semer un peu de lumière dans des existences trop souvent privées de soleil, de redonner de l'espoir et de montrer que la vie, malgré tout, peut être vécue pleinement.

Enfin, l'association investit dans la recherche tant fondamentale que médico-sociale, avec un soutien particulier aux laboratoires spécialisés. Le budget annuel varie entre 20 000 et 40 000 €, témoin de l'engagement constant pour l'avancement des connaissances et de l'innovation.

> **"Notre objectif est de semer un peu de lumière dans des existences trop souvent privées de soleil, de redonner de l'espoir et de montrer que la vie, malgré tout, peut être vécue pleinement."**

Week-end spéléologie organisé par l'association.

VERS UNE MEILLEURE RECONNAISSANCE DU XP

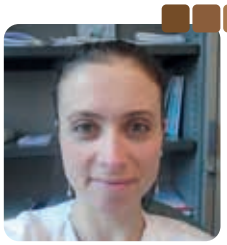
La sensibilisation reste un enjeu clé. Malgré les avancées, le manque de connaissance du XP par le grand public et parmi certains professionnels de santé persiste. Les efforts de communication (conférences, médias) de l'association visent à faire évoluer les mentalités et à prouver qu'une vie épanouie est possible malgré cette maladie.

Le combat contre le XP est autant médical qu'administratif. Que ce soient les contraintes liées à la photoprotection, l'inégalité de l'accès aux aides et le poids psychologique de la maladie, les familles des enfants de la lune font face à des défis immenses. Cependant, grâce à l'innovation, au soutien communautaire et à une mobilisation accrue, l'espoir d'une meilleure qualité de vie devient chaque jour plus tangible.

Témoignage de la présidente de l'association des enfants de la lune, M^me^ Wafa CHAABI :

« il faut absolument continuer à montrer qu'une vie épanouie est possible et aider les familles à faire face à toutes les contraintes de la maladie. »

ÉPIDAURIES DU SOLEIL



Candice LESAGE
Praticienne hospitalière
au CHU de Montpellier et à l'ICM

Candice Lesage, onco-dermatologue au CHU et à l'Institut du Cancer de Montpellier (ICM), met un point d'honneur à allier soins cliniques et prévention. Depuis 10 ans, elle participe activement au programme "1, 2, 3 Soleil" et à son événement phare, les Épidauries du Soleil. Lancé il y a 27 ans, ce projet sensibilise les élèves de primaire aux bienfaits et risques liés à l'exposition solaire.

Cette année, 215 classes (soit 5 238 élèves) du département ont reçu un kit pédagogique complet comprenant guides, affiches, expériences ludiques et carnets pour prolonger les apprentissages à la maison. Quatre classes ont été tirées au sort pour une journée d'ateliers interactifs au sein de l'ICM, sur des thématiques liées au soleil et à la photoprotection. Pendant cette journée, le Dr Lesage, renommée "**Professeur Tournesol**" et tout de jaune vêtue, propose un quiz aux élèves passionnés, qui se déchaînent sur leurs buzzers !

Le programme s'inscrit dans la mission d'Epidaure, le bâtiment de prévention de l'ICM, qui agit sur des thématiques de santé publique variées, comme l'exposition solaire, mais aussi l'alimentation, le tabac et l'alcool. Candice Lesage souligne l'importance d'intervenir tôt : « L'enfance est une période clé pour inculquer les bons réflexes, car l'exposition solaire pendant cette période joue un rôle déterminant dans le développement futur de cancers cutanés, comme le mélanome ».

Pour maximiser l'impact, le programme associe également les parents via des livrets et des questionnaires favorisant le dialogue familial. Le succès est au rendez-vous : les enfants s'approprient les notions, les accompagnants osent aussi poser leurs questions, et les enseignants plébiscitent l'initiative. Ce programme, qui a remporté le **Prix Unicancer de l'Innovation en 2018**, témoigne d'une forte demande face à une éducation insuffisante sur les risques solaires.

Candice Lesage rêve d'amplifier cet impact à l'échelle nationale avec une campagne de prévention sur le modèle de "Manger, Bouger.fr". En attendant, elle marque les esprits localement, au sein d'échanges où les enfants lui laissent aussi des souvenirs impérissables ! On citera cette petite fille qui, à la question "que fait une dermatologue", s'est écriée... "Elle cherche des dinosaures !".

INTÉRÊT DE L'HYPNOSE EN DERMATOLOGIE

Hervé MAILLARD
Dermatologue, Praticien Hospitalier
CH Le Mans

À l'heure où la médecine s'enrichit de nouvelles technologies, l'hypnose s'implante de plus en plus dans les milieux hospitaliers et les cabinets libéraux. L'hypnose bénéficie d'un crédit scientifique et les secteurs d'anesthésie ont prouvé l'atténuation du ressenti douloureux par l'hypnose[1]. En Dermatologie, Shenefeld a décrit dans une étude rétrospective sur plus de 30 ans l'intérêt de l'hypnose sur des pathologies comme le psoriasis, l'urticaire…[2].
« Redonner les manettes au patient », tout en s'intégrant dans une démarche médicale, c'est ce que nous recherchons à travers l'hypnose, et il nous paraît intéressant de témoigner de notre expérience de l'hypnose en Dermatologie.

DÉFINITION, TYPES D'HYPNOSE

L'hypnose est un état naturel qu'il nous arrive fréquemment d'expérimenter dans de multiples situations de la vie courante, à différents moments de la journée. C'est cet état particulier de la conscience qui survient spontanément lors de la lecture d'un livre, en visionnant un bon film ou en regardant défiler le paysage dans un train par exemple. Nous savons que notre corps est là, dans la situation donnée, et notre esprit est ailleurs. C'est un état dissociatif entre le corps et l'esprit[3]. L'hypnose est, selon François Roustang, « un état de veille paradoxale » où l'on constate une immobilité du corps qui reste indifférent aux stimuli extérieurs mais qui contraste avec une activité cérébrale intense où le sujet est plus accessible à la suggestibilité[4].

Une séance d'hypnose formelle est un processus qui se déroule en plusieurs étapes durant lesquelles va s'organiser une focalisation de l'attention du patient vers un des 5 sens afin qu'il puisse, dans un second temps, élargir son champ de conscience et explorer d'autres manières de faire et percevoir de nouvelles capacités, faire un pas de côté[6–8]. Les différentes étapes sont :

- **L'induction :** Il est demandé au patient de fixer son attention sur une ou plusieurs perceptions, successivement (visuelles, auditives, kinesthésiques, olfactives, gustatives), une douleur, un souvenir, une image, un mouvement,

un son, etc. selon le problème à traiter. Cette focalisation de l'attention, qui marque le début du processus hypnotique, permet au patient de faire abstraction de nombreux éléments extérieurs ou intérieurs. Cette réduction des champs d'investigation sensorielle, permet le passage vers la dissociation ;

- **La dissociation psychique** est l'état hypnotique à proprement parler où le sujet est à la fois ici et ailleurs dans son monde intérieur, extrêmement attentif à ce qui lui est proposé par le thérapeute. Il entre alors, accompagné par le thérapeute, dans un autre type de perception élargie (appelée "perceptude" par F. Roustang[4]) ;
- **La phase thérapeutique :** Le patient, guidé par le thérapeute à l'aide de divers exercices (suggestions, métaphores, etc.) est amené à observer son problème sous un autre angle, à puiser dans ses ressources, à imaginer d'autres types de fonctionnements qui lui permettront de contourner, résoudre ses difficultés.

L'AUTOHYPNOSE

La séance se termine par le retour à la sensorialité habituelle.

C'est la capacité à utiliser soi-même les techniques hypnotiques proposées pendant les séances par les soignants formés. Son but est de préparer une partie de son corps avant un acte de soin susceptible de provoquer une sensation désagréable. On peut également utiliser l'autohypnose avec d'autres objectifs comme la détente, ou l'induction du sommeil. Également, l'autohypnose se fait en complémentarité d'une analgésie préalable comme les traitements per os, les anesthésiques locaux, selon le contexte de soin.

L'hypnose conversationnelle est une forme d'hypnose assez récente qui n'a pas recours à la transe. Elle se base sur un langage et des techniques bien spécifiques. Avec l'hypnose conversationnelle, le thérapeute va orienter fortement son patient vers une modification de comportement, par exemple, sans que celui-ci ne s'en aperçoive. C'est au détour d'une conversation que le professionnel ayant reçu une formation en hypnose va pouvoir suggérer cette modification. Il s'adresse directement à l'inconscient du patient sans modifier son état de conscience et sans induire une transe hypnotique. Une séance d'hypnose conversationnelle ressemble en fait à une simple conversation entre un patient et son thérapeute. Le professionnel va émettre des suggestions destinées à l'inconscient du patient afin de permettre d'autres perspectives pour le patient. Les étapes de l'hypnose conversationnelle sont plutôt simples. Il s'agit tout d'abord de focaliser l'attention de la personne sur vos paroles. Dès cette première phase, le vocabulaire utilisé peut avoir une grande importance. La deuxième étape consiste à passer outre le facteur critique. L'inconscient du patient n'est en effet pas accessible facilement, il est nécessaire de détourner son attention. Nous utilisons le « langage hypnotique » qui se décline en plusieurs outils : la focalisation positive, le choix illusoire, les métaphores, la confusion (**Tableau 1**).

Les mots qui font mal	Les mots rassurants
Soucis	Agréable
Problème	Confortable
Urgence	Température idéale
Peur	Comme une caresse
Mal	Insensibilisé
Froid	Apaisant
Piqure	Pastel
Piquant	
Couper	
Hésiter	
Essayer	
Potence	
Brancard	
Bruit	
Douleur	

Tableau 1 : *Les mots à éviter / les mots rassurants*

Le langage hypnotique

Le premier élément est de réaliser une "alliance" avec le patient en se présentant, de se positionner à la même hauteur que lui, de synchroniser (pacing) la respiration, de lui permettre une focalisation positive, de proposer un choix illusoire, de réaliser des saupoudrages de métaphores, de réaliser parfois une confusion (**tableau 3**). Les techniques d'hypnose conversationnelle auront comme but de susciter la remémoration de souvenirs agréables par exemple.

On ne dit pas	On dit, par exemple
Bon courage	Bonne journée
Ne vous inquiétez pas	Rassurez-vous
Ne bougez pas	Détendez-vous
Attention, je pique	Je commence, je fais le soin
Avez-vous froid ?	Est-ce que la température vous convient ?
Je vais essayer de poser la voie	Je pose la perfusion
Ce ne sera pas long Ça ne vas pas faire mal N'ayez pas peur Ce n'est pas grave	Je commence, je fais le soin Tout ira bien Ça ira Je m'occupe de vous

Tableau 2 : *Les mots pour apaiser*

Lexique hypnotique	Exemples de phrases
Alliance	Se nommer, présenter sa fonction
Choix illusoire	Vous préférez qu'on débute à droite ou à gauche ?
Confusion	Vous n'êtes pas à la piscine ce matin ?
Distraction	C'est qui sur cette photo sur la table de chevet ?
Focalisation positive	Où avez-vous voyagé récemment ?
Saupoudrage	« Maintenant que vous êtes installé confortablement et que vous pouvez laisser une sensation de confort et de bien-être s'installer, il est possible que vous ressentiez une détente se mettre progressivement en place, maintenant ou un peu plus tard. Vous pouvez laisser cette détente s'installer maintenant et à votre rythme... Il est agréable de se sentir bien (truisme)".

Tableau 3 : *Lexique hypnotique*

QUEL CRÉDIT SCIENTIFIQUE POUR L'HYPNOSE ?

Des études par TEP scan et IRM fonctionnelle ont révélé que la modulation hypnotique du désagrément de la douleur est corrélée à des modifications de l'activité dans le cortex cingulaire, sans modification de l'activité des autres aires corticales qui sont normalement activées lors de stimuli douloureux[1,11,12].

Une revue de la littérature en 2016 s'est penchée sur 391 publications et a sélectionné 5 méta-analyses concernant l'hypnose médicale[13]. L'une de ces méta-analyses était de grande qualité méthodologique ; trois étaient de qualité moyenne et une était de mauvaise qualité. L'hypnose était supérieure aux contrôles pour la la réduction de la douleur et du stress émotionnel pendant les interventions médicales, ce qui concernait 2597 patients dans 34 études randomisées contrôlées.

De plus, l'hypnose bénéficie aussi d'une légitimité administrative car il existe un acte dans la CCAM qui est « séance d'hypnose à visée antalgique » (code ANRP001).

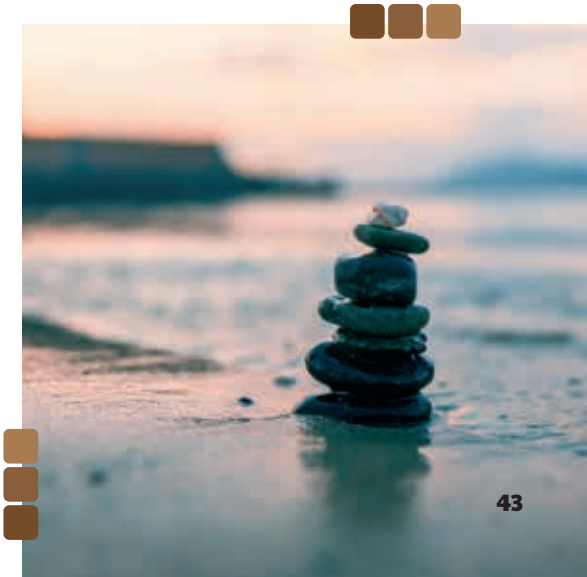
L'HYPNOSE EN DERMATOLOGIE

La Dermatologie offre des champs d'investigation très riches : il s'agit d'une spécialité médico-chirurgicale pour tous les âges de la vie, qui s'intéresse aux pathologies inflammatoires, infectieuses, tumorales, allergiques, par exemple. L'hypnose peut se révéler un outil d'aide à la prise en charge très utile, sans effet secondaire.

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Selon la définition officielle de l'Association Internationale pour l'Etude de la douleur (IASP), "la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes".

Rainville a étudié les relations entre l'hypnose et la douleur grâce à des techniques d'imagerie cérébrale[14]. Il a montré qu'un stimulus de même intensité physique, jugé douloureux par les sujets dans un état de veille normale et non douloureux lorsque ces mêmes sujets étaient sous hypnose, engendre des modifications d'activités dans le cortex cingulaire antérieur. Cette région est connue pour son appartenance, entre autres, à la matrice de la douleur, un ensemble de régions du cerveau dont l'activité augmente lors d'une expérience douloureuse. Derbyshire a utilisé une suggestion hypnotique d'hyperalgésie afin de contraster les activités cérébrales évoquées par une douleur imaginée et celles d'une douleur induite sous hypnose[15]. Il conclut également que la sensation subjective de douleur et le sentiment désagréable qui lui est associé se reflète dans l'activité du cortex cingulaire antérieur. A contrario, la distraction, la transe hypnotique avec suggestions agréables engendrent une variation de l'activité cérébrale. Faymonville et al. a montré à l'aide de Tomographie à Emission de Positon que sous hypnose et en présence d'un stimulus douloureux, les sujets présentent un changement au niveau des connexions neuronales[16]. Les expérimentateurs invitaient les sujets à revivre des moments agréables de leur vie. Le groupe contrôle était soumis à la même expérience mais dans un état de vigilance normale. Sous hypnose, le réseau neuronal engagé était beaucoup plus important : il relierait le cortex cingulaire moyen à de nombreux neurones corticaux et sous-corticaux. En 2008, le service d'Anesthésie-Réanimation du CHU de Liège avait utilisé l'hypnosédation chez plus de 6.000 patients pour des thyroïdectomies ou



parathyroïdectomies[16]. Cette technique d'anesthésie associe hypnose, sédation consciente et anesthésie locale. En Dermatologie, nous sommes confrontés à la douleur aiguë, à la douleur procédurale et à la douleur chronique. Les douleurs induites par nos gestes diagnostiques ou thérapeutiques peuvent être atténuées par l'hypnose[17]. Que ce soit pour des injections palmaires et plantaires de toxine botulique[18], des actes de chirurgie dermatologique, la PDT (photothérapie dynamique)[19], la détersion d'ulcères de jambes, nous avons l'habitude de proposer une hypnose conversationnelle ou formelle lors de ponctions et d'actes chirurgicaux. De même, certaines pathologies rencontrées en Dermatologie comme le zona, l'érysipèle, ou les brûlures, peuvent être douloureuses et l'hypnose peut aider à diminuer ce ressenti. Cela nécessite une formation solide et parfois du temps. Nous réalisons le plus souvent des inductions rapides et proposons systématiquement d'apprendre l'autohypnose afin de permettre au patient de maîtriser cette douleur induite, mais aussi de soulager d'autres types de douleur. Nous demandons alors une fixation sur un point, une main, jusqu'à la fermeture des paupières, une détente musculaire, une induction de transe par la voix. Parfois nous induisons une analgésie d'une région du corps (vidéo), ainsi qu'un voyage dans un souvenir ou un lieu agréable, une dissociation entre le corps et le mental.

AIDE À LA PRISE EN CHARGE DE PATHOLOGIES INFLAMMATOIRES

Que ce soit dans le psoriasis, l'eczéma, l'urticaire, il a été montré que non seulement l'hypnose permet de diminuer l'intensité du prurit mais aussi la réduction significative des scores d'activité[2,20]. Une étude rétrospective a montré une diminution du score EASI (Eczema Area and Severity Index) chez 21 patients souffrant de dermatite atopique[21] et une amélioration significative de stomatodynies[22] grâce à l'hypnose, sans ajout de médicament.

INTÉRÊT DE L'HYPNOSE EN ONCO-DERMATOLOGIE

Lors de la consultation d'annonce

Lors de cette consultation, le patient est souvent en « transe négative » en ce sens que l'environnement, les postures et les mots prononcés l'exposent à un sentiment d'angoisse. La posture du soignant, le ton et le rythme de la voix sont déterminants. On utilisera alors toutes les techniques d'hypnose conversationnelle pour mettre en avant les éléments positifs permettant de se projeter dans un chemin thérapeutique.

Anxiété

Elle est permanente lors du parcours du patient dès la consultation d'annonce, lors du traitement et à chaque visite de contrôle et de réévaluation. Elle est même anticipatoire en attendant les résultats d'examen. Apprendre au patient l'autohypnose lui permettra de mieux gérer ses émotions et nous utiliserons souvent des métaphores de projection vers un avenir réparé. L'hypnose semble plus puissante que la sophrologie pour diminuer l'angoisse chez l'adulte et l'enfant [23–25].

Douleur

La maladie tumorale par l'inflammation et les compressions nerveuses ou par le biais de métastases peut être responsable de douleurs de type nociceptif ou neuropathique.

Altération de l'estime de soi

Le corps meurtri par la chirurgie, les thérapies oncologiques, le changement de la texture des cheveux, de la peau, l'amaigrissement[26] sont une empreinte corporelle du cancer et engendrent donc un impact psychosocial. Le cancer bouleverse le moi, la famille, la position dans le milieu professionnel, les loisirs. Entrer en transe peut permettre de reprendre contact avec ce nouveau corps et l'aimer autrement.

Effets secondaires des anticancéreux

Il a été prouvé que l'hypnose peut diminuer les nausées de certaines chimiothérapies[27]. Dans une méta analyse de 2007, 6 études randomisées ont été analysées. Cinq d'entre elles concernaient l'étude de l'hypnose dans le but de diminuer le caractère émétisant de chimiothérapies chez l'enfant. Les patients ayant bénéficié de l'hypnose présentaient moins de nausée par rapport à ceux qui prenaient des antiémétiques[28].

L'hypnose peut être une ressource en soins palliatifs[25]

COMMENT UTILISER L'HYPNOSE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PLAIES ?

Une plaie réalise une rupture d'intégrité de la peau ; cette image peut donc engendrer une anxiété et a un impact psychosocial marqué. Elle est souvent responsable de douleurs par excès de nociception mais aussi des douleurs neuropathiques. De plus, le retrait des pansements, la détersion manuelle peuvent induire des douleurs, elles-mêmes responsables d'anxiété anticipatrice. L'hypnose peut ainsi permettre de moduler l'anxiété et soulager la douleur, voire l'éviter. La posture du soignant et le choix des mots vont engendrer des suggestions positives ou négatives.

CONCLUSION

L'hypnose s'avère un outil particulièrement efficace dans la prise en charge des douleurs liées aux soins et dans le traitement des douleurs chroniques. Elle permet de réduire l'anxiété fréquente dans ce type de pathologie et de travailler sur l'image du corps meurtri. Qui mieux qu'un soignant peut utiliser l'hypnose thérapeutique ? Nous sommes en effet confrontés aux souffrances des patients, à leurs angoisses et sommes habitués à les accompagner et « prendre soin ». L'hypnose change la relation thérapeutique et offre au patient la possibilité d'être acteur pour son confort. Quelle satisfaction d'entendre un patient dire « c'était bien » après un acte qui était pourtant douloureux ?

Il existe des formations courtes et longues pour acquérir une compétence sur l'hypnose conversationnelle et formelle. À l'hôpital du Mans, 180 infirmiers et aides-soignants ont bénéficié d'une sensibilisation à l'hypnose, et une vingtaine de médecins, infirmiers anesthésistes ont bénéficié d'une formation longue.

VIDÉO

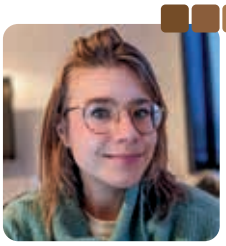
Exemple d'une séance d'hypnose réalisée au cours de la pandémie SARS-COV 19

RÉFÉRENCES

1. Faymonville ME, Meurisse M, Fissette J. Hypnosedation: a valuable alternative to traditional anaesthetic techniques. Acta Chir Belg 1999;99:141-6.
2. Shenefelt PD. Hypnosis in dermatology. Arch Dermatol. mars 2000;136(3):393-9.
3. Bioy A, Célestin-Lhopiteau I, Wood C. L'Aide-mémoire d'hypnose: en 50 notions. Dunod; 2010. 329 p.
4. Roustang F. Qu'est-ce que l'hypnose ? Paris: Minuit; 2002. 192 p.
5. Spiegel D. Neurophysiological correlates of hypnosis and dissociation. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 1991;3:440-5.
6. KLINE MV. The application of hypnosis to nondirective psychotherapy. J Clin Psychol. juill 1951;7(3):283-7.
7. Maillard H, Bara C, Célérier P. [Efficacy of hypnosis in the treatment of palmar hyperhidrosis with botulinum toxin type A]. Ann Dermatol Vénéréologie 2007;134:653-4.
8. Stewart JH. Hypnosis in contemporary medicine. Mayo Clin Proc 2005;80:511-24.
9. Mehrabian A. Orientation behaviors and nonverbal attitude communication. J Commun. 1967:324-32.
10. Mehrabian A, Ferris SR. Inference of attitudes from nonverbal communication in two channels. J Consult Psychol 1967;31:248-52.
11. Faymonville ME, Laureys S, Degueldre C, DelFiore G, Luxen A, Franck G, et al. Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. Anesthesiology 2000;92:1257-67.
12. Defechereux T, Degauque C, Fumal I, Faymonville ME, Joris J, Hamoir E, et al. [[Hypnosedation, a new method of anesthesia for cervical endocrine surgery. Prospective randomized study] 2000;125:539-46.
13. Häuser W, Hagl M, Schmierer A, Hansen E. The Efficacy, Safety and Applications of Medical Hypnosis. Dtsch Arzteblatt Int 2016;113:289-96.
14. Rainville P, Hofbauer RK, Paus T, Duncan GH, Bushnell MC, Price DD. Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion. J Cogn Neurosci 1999;11:110-25.
15. Derbyshire SWG, Whalley MG, Stenger VA, Oakley DA. Cerebral activation during hypnotically induced and imagined pain. NeuroImage 2004;23:392-401.
16. Vanhaudenhuyse A, Boveroux P, Boly M, Schnakers C, Bruno MA, Kirsch M, et al. [Hypnosis and pain perception]. Rev Med Liege 2008;63:424-8.
17. Danziger N, Fournier E, Bouhassira D, Michaud D, De Broucker T, Santarcangelo E, et al. Different strategies of modulation can be operative during hypnotic analgesia: a neurophysiological study. Pain 1998;75:85-92.
18. Maillard H, Bara C, Célérier P. [Efficacy of hypnosis in the treatment of palmar hyperhidrosis with botulinum toxin type A]. Ann Dermatol Vénéréologie. 2007;134:653-4.
19. Paquier-Valette C, Wierzbicka-Hainaut E, Cante V, Charles S, Guillet G. [Evaluation of hypnosis in pain management during photodynamic therapy: a pilot study]. Ann Dermatol Vénéréologie 2014;141:181-5.
20. Zachariae R, Oster H, Bjerring P, Kragballe K. Effects of psychologic intervention on psoriasis: a preliminary report. J Am Acad Dermatol1996;34:1008-15.
21. Delaitre L, Denis J, Maillard H. Hypnosis in Treatment of Atopic Dermatitis: A Clinical Study. Int J Clin Exp Hypn 2020;68:412-8.
22. Maizeray S, Denis J, Piccoli GB, Chatrenet A, Maillard H. Hypnosis in Treatment of Stomatodynia: Preliminary Retrospective Study of 12 Cases. Int J Clin Exp Hypn 2021;69:346-54.
23. Chen PY, Liu YM, Chen ML. The Effect of Hypnosis on Anxiety in Patients With Cancer: A Meta-Analysis. Worldviews Evid Based Nurs 2017;14:223-36.
24. Danziger N, Fournier E, Bouhassira D, Michaud D, De Broucker T, Santarcangelo E, et al. Different strategies of modulation can be operative during hypnotic analgesia: a neurophysiological study. Pain 1998;75:85-92.
25. Plaskota M, Lucas C, Evans R, Cook K, Pizzoferro K, Saini T. A hypnotherapy intervention for the treatment of anxiety in patients with cancer receiving palliative care. Int J Palliat Nurs 2012;18:69-75.
26. Barton DL, Brooks TM, Cieslak A, Elkins GR, Clark PM, Baydoun M, et al. Phase II randomized controlled trial of hypnosis versus progressive muscle relaxation for body image after breast or gynecologic cancer. Breast Cancer Res Treat 2019;178:357-65.
27. Carlson LE, Toivonen K, Flynn M, Deleemans J, Piedalue KA, Tolsdorf E, et al. The Role of Hypnosis in Cancer Care. Curr Oncol Rep 2018;20:93.
28. Richardson J, Smith JE, McCall G, Richardson A, Pilkington K, Kirsch I. Hypnosis for nausea and vomiting in cancer chemotherapy: a systematic review of the research evidence. Eur J Cancer Care (Engl) 2007;16:402-12.

QUE SE CACHE-T-IL DERRIÈRE UN CONGRÈS VERT ?

Pour la 2ème année consécutive, notre congrès s'engage dans une démarche écoresponsable en mettant tout en œuvre pour obtenir un label validé par un organisme externe. Cette année encore, nous avons collaboré avec l'association REEVE®, qui accompagne les organisateurs d'événements grâce à des outils et des méthodes favorisant une approche durable.



Camille KIEFFER
VP environnement de la FDVF
Interne de Dermatologie à Rouen

UNE CERTIFICATION BASÉE SUR 8 ENJEUX ET 3 NIVEAUX DE DIFFICULTÉ

Le label repose sur 8 grands enjeux, chacun impliquant des engagements spécifiques. Il existe 3 niveaux de labellisation en fonction du nombre d'engagements choisis et respectés.

1. Respect et adaptation du site d'accueil
2. Sobriété des ressources
3. Déplacements plus vertueux
4. Restauration durable
5. Vers le zéro déchet
6. Un évènement pour tou.te.s
7. Mobiliser le public à la transition écologique
8. S'organiser pour progresser

Lors de notre congrès 2023, nous avons atteint le niveau 1, grâce à la mobilisation de tous : organisateurs, participants et partenaires. Pour l'édition 2024, nous avons visé le niveau 2, impliquant une évaluation sur site par un expert externe. Voici un aperçu des actions concrètes menées cette année.

1 RESPECT ET ADAPTATION DU SITE D'ACCUEIL

Pour réduire l'impact des petits déchets particulièrement polluants (comme les mégots et chewing-gums), nous avons installé des dispositifs ludiques de collecte fabriqués à partir de boîtes de conserve. Ces réceptacles, placés à l'entrée de l'hôtel, ont également servi de vote symbolique pour choisir la prochaine ville hôte du congrès. Cette initiative rappelle qu'**un mégot peut polluer jusqu'à 500 litres d'eau et mettre 15 ans à se dégrade**r. L'équipe organisatrice du congrès s'est donc mobilisée pour ramener un maximum de boîtes de conserve en amont du congrès. La légende retient que la ville ayant accumulé le plus de petits déchets était Marseille... Suite au prochain épisode !

2 SOBRIÉTÉ DES RESSOURCES

Des badges en papier ensemencé (Papier Ensemencé®) ont été distribués aux participants. Labellisé **Imprim'vert**, l'imprimeur utilise des matériaux recyclés et biodégradables et ses déchets sont réemployés ou offerts à des associations pour des projets éducatifs. Les badges contiennent des graines de fleurs mellifères : une initiative originale pour tester sa « main verte » après le congrès.

Nous avons également réduit les supports papier et nos partenaires se sont engagés à ne pas distribuer de flyers, goodies inutiles ou échantillons de moins de 10 mL. Bien qu'initialement certains stands aient tout de même proposé ces articles, notre équipe a dialogué avec eux pour expliquer notre démarche. Ces échanges constructifs ont permis d'imaginer des alternatives numériques, comme des QR codes ou des applications, plus adaptées aux nouvelles générations.

3 DÉPLACEMENTS PLUS VERTUEUX

Afin de réduire l'impact des trajets, nous avons encouragé les participants à privilégier des moyens de transport respectueux de l'environnement tels que le train. Un lien dédié au covoiturage était également disponible dans les mails envoyés en amont de l'événement. Lors de l'inscription sur place, 69 % des participants avaient opté pour le train, tandis que 14 % avaient partagé une voiture.

Par ailleurs, un des grands enjeux était de compenser tous les kilomètres parcourus en avion. Le cadre de cette compensation nous était laissé libre. Ainsi, pour compenser les émissions dues aux trajets en avion, nous avons versé une contribution à **Alsace Nature®**, une association locale œuvrant pour la préservation de la biodiversité.

FABIEN BLOT, RESPONSABLE DE L'ASSOCIATION ALSACE NATURE® A ACCEPTÉ DE RÉPONDRE À NOS QUESTIONS

Pouvez-vous présenter en quelques mots votre association ?

Créée en 1965, Alsace Nature est une association de droit local mobilisée "Partout où la nature à besoin de nous".

À l'origine de sa création, les pionniers de la protection de la nature se sont d'abord mobilisés autour des questions naturalistes pour protéger la nature et les écosystèmes. Puis, sous les effets anthropiques croissants induits par l'activité humaine, notre fédération s'est mise en mouvement pour la préservation de l'environnement et limiter la perte de biodiversité. Nous comptons 1500 membres, 80 associations fédérées et 10 salariés.

Alsace Nature® mène 3 types de missions :

- Éducation et sensibilisation à l'environnement de tous publics.
- Veille et alerte environnementales pour éviter ou limiter tout risque d'atteinte grave à l'environnement.
- Représentation des 80 associations fédérées auprès des pouvoirs publics.

Quels sont les derniers projets auxquels vous avez récemment contribué ?

L'association agit sur des thématiques aussi diverses que complexes. Je cite quelques exemples :

- Sur les questions naturalistes, notre fédération participe aux dialogues et aux actions en lien avec les mesures de protections d'espèces endémiques menacées, faune ou flore. C'est le cas notamment pour la protection du Lynx et de son habitat. On pourrait citer de la même manière les enjeux de réintroduction du Grand Tétras dans le massif Vosgien, ou le suivi des mesures en faveur du Grand Hamster.
- Concernant l'énergie, nous participons aux travaux de veille sur la stratégie régionale de développement des énergies renouvelables. Par exemple, pour l'énergie photovoltaïque, notre association étudie, propose et accompagne les décideurs locaux dans ce débat, en particulier pour limiter les effets des parcs photovoltaïques sur les milieux naturels.

- Sur la reconquête de la biodiversité, Alsace Nature accompagne depuis presque 5 ans une dizaine de communes alsaciennes dans le cadre du programme national Trame Verte et Bleue (TVB). Concrètement, cela a pour ambition d'accompagner les décideurs publics locaux dans les mesures de renaturation. Il s'agit de reconstituer de véritables corridors de biodiversité sur le territoire avec à la clé la création de pâturages sauvages, la plantation de haies, d'arbres voire la création de mares. Ces actions permettent par ailleurs de mobiliser les citoyens dans le cadre de chantier de plantation. Elle vise à faciliter le brassage génétique des espèces autant faunistiques que floristiques.
- Pour ce qui est des actions grand public, nous avons créé en 2024 un mini festival autour de la question de l'Eau pendant la semaine éponyme. Via une mobilisation étudiante, associative, économique et solidaire, nous avons pour ambition de sensibiliser les publics à la protection impérieuse de cette ressource universelle avec au programme : sorties dans les réserves naturelles, ciné débat, expositions, conférences, opérations de collecte de déchets, disco soupe ...
- Mais aussi, la création de ressources documentaires à l'instar de notre dernière brochure sur la pollution lumineuse "RETROUVONS LE CIEL ÉTOILÉ, 10 principes pour lutter contre la pollution lumineuse" et d'ici quelques semaines d'une mallette pédagogique "À QUI EST CETTE FEUILLE ?" pour apprendre à reconnaître les arbres à destination des professeurs, institutrices et autres centres d'éducation...

Un petit mot à faire passer à la jeune génération de dermatologues ?

Protéger la nature et l'environnement c'est protéger notre santé et notre futur commun. L'avenir de l'humanité est lié aux espèces et aux écosystèmes qui l'entourent. Nous formons avec eux un tout solidaire et indivisible. Méconnus inconscients ou sous-estimés, les services rendus par la nature sont immenses, permanents et fondamentaux. Considérons les pour mesurer notre chance. A contrario, n'opposons pas enjeux environnementaux et enjeux de développement économiques et sociaux. Ils vont de pair. Les effets du dérèglement climatique visibles chaque jour sont assez graves pour nous le rappeler.

https://alsacenature.org

4 RESTAURATION DURABLE

Les menus proposés ne contenaient pas de viande et étaient élaborés à partir de produits locaux, de saison et faits maison. Nous avons collaboré avec le chef du Hilton qui a accepté de nous rencontrer entre deux plats mijotés afin de nous expliquer sa démarche. Il a relevé le défi d'adopter de nouvelles pratiques culinaires plus durables, notamment en privilégiant les produits frais et de saison.

Afin de limiter le gaspillage alimentaire, nous avions informé les participants de la possibilité d'emmener un Tupperware afin de récupérer les restes mis à disposition au moment du départ. Cette initiative a reçu un bon accueil.

5 VERS LE ZÉRO DÉCHET

Afin de réduire la production de déchets, nous avons remplacé toute la vaisselle jetable par des **assiettes et gobelets réutilisables**.

Dans les espaces communs, des poubelles spécifiques ont été mises en place pour le tri des déchets, incluant une poubelle dédiée aux **biodéchets**. Ces derniers sont ensuite collectés par une entreprise spécialisée dans leur transformation en compost.

Enfin, pour renforcer notre démarche et établir un suivi précis, nous avons également entrepris une **quantification de l'ensemble des déchets générés lors du congrès**. Ces données, collectées avec soin, serviront à analyser nos performances et à ajuster nos pratiques lors des futures éditions. Elles permettront également de construire un suivi évolutif sur plusieurs années, afin de progresser vers un événement toujours plus respectueux de l'environnement.

6 UN ÉVÈNEMENT POUR TOU.TE.S

En complément des initiatives écologiques, le label met un point d'honneur à promouvoir des actions inclusives.

Tout d'abord, **l'accessibilité** du site a été étudiée afin de permettre l'accueil des personnes à mobilité réduite dans les meilleures conditions. Par ailleurs, une importance particulière a été accordée à la **parité** dans la sélection des intervenants. Ainsi, sur les 19 orateurs invités, 9 étaient des femmes et 10 des hommes.

Enfin, le congrès a accueilli l'association **NAEVUS 2000**, regroupant des patients atteints de nævus géants congénitaux. Cette structure joue un rôle crucial dans l'information du public et des professionnels de santé, en sensibilisant aux risques et aux options thérapeutiques disponibles pour cette pathologie rare. En complément de cet aspect médical, l'association organise des ateliers de lutte contre les préjugés sociaux et promeut une meilleure intégration des patients dans la société. Leur présence au congrès a offert un regard humain et engagé, enrichissant les échanges au-delà du cadre strictement scientifique.

7 MOBILISER LE PUBLIC À LA TRANSITION ÉCOLOGIQUE

Un des enjeux majeurs de notre congrès était d'impliquer activement le public dans nos réflexions sur la transition écologique.

Ainsi, dès l'ouverture du congrès, nous avons présenté le label et les différents engagements pris pour son obtention. La validation du label repose également sur la participation active des participants. Pour renforcer cette implication, une session interactive via l'outil **Wooclap®** a été dédiée à la sensibilisation aux enjeux du développement durable en dermatologie.

Parmi les **106 participants** à cette session :

- **96 %** ont identifié la contamination des eaux par les microplastiques comme la principale conséquence environnementale de l'industrie cosmétique.
- La majorité **utilise moins de 10 % de cosmétiques écoresponsables** dans leur pratique professionnelle.
- **55 %** déclarent « rarement » prendre en compte l'impact environnemental dans leurs recommandations aux patients.

Concernant la demande des patients souhaitant privilégier des cosmétiques écoresponsables :

- **63 %** des participants estiment devoir approfondir leurs recherches pour fournir des conseils adaptés.
- **20 %** pensent pouvoir recommander quelques produits.
- Seulement **8 %** se sentent pleinement préparés à répondre à cette demande.

Enfin, **42 %** des sondés considèrent la gestion durable des déchets biomédicaux comme le défi écoresponsable le plus complexe à intégrer dans leur pratique quotidienne.

Ce sondage a enrichi la réflexion et ouvert le débat au sein du public. Il a mis en évidence un manque de connaissances sur les dermocosmétiques écoresponsables, soulignant l'importance de la formation et de la sensibilisation sur ce sujet.

8 S'ORGANISER POUR PROGRESSER

À l'issue du congrès, un questionnaire de satisfaction a recueilli **26 réponses**. Il a mis en évidence un **niveau de satisfaction global élevé** parmi les participants.

- **100 %** des répondeurs ont jugé cette démarche satisfaisante à très satisfaisante.
- **Deux tiers** des participants se sont déclarés favorables à l'introduction de menus entièrement végétariens pour les prochaines éditions.
- **92 %** ont soutenu l'idée de supprimer tous les supports papier (flyers, programmes, plaquettes d'information).

Cependant, certains points ont suscité des réactions contrastées :

- **23 %** des répondants ont regretté la suppression de tote bags et de goodies.
- À l'inverse, **92 %** se sont montrés favorables à l'abandon des mini-échantillons.

Ces résultats témoignent d'un **soutien majoritaire** pour approfondir la démarche écoresponsable. Ils nous encouragent à poursuivre nos efforts et à renforcer notre engagement pour faire évoluer durablement nos pratiques.

CONCLUSION

Nous avons dorénavant le plaisir de vous annoncer la validation officielle du niveau 2 du label REEVE !
Cette démarche a d'ores et déjà engagé des transformations significatives dans nos pratiques. Ce processus est un levier pour repenser nos habitudes, améliorer l'organisation du congrès et sensibiliser les participants aux enjeux environnementaux et sociétaux liés à la dermatologie.

Nous sommes particulièrement fiers des actions mises en œuvre et des retours positifs reçus, témoignant d'un véritable engagement collectif. Cette initiative ne représente pas une fin en soi, mais plutôt une première étape dans un processus continu d'amélioration. En nourrissant les réflexions du public et en suscitant le débat, nous avons semé les bases d'un dialogue constructif autour du développement durable dans notre discipline.

Déterminés à poursuivre sur cette voie, nous envisageons de renforcer nos engagements pour les prochaines éditions, tout en continuant à encourager la participation active de toutes les parties prenantes. Nous espérons que cette démarche inspirera d'autres organisations à suivre un chemin similaire, car il est essentiel que chaque acteur contribue à relever les défis environnementaux de demain.

CARNET CULTUREL

LE MUSÉE DES MOULAGES DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

MÉMOIRES DERMATOLOGIQUES

Camille LOISEAU
Interne de Dermatologie
au CHU de Lille
Vice-Presidente Partenariats
de la FDVF
Rédactrice en chef de la Revue
des Jeunes Dermatologues

Pierre MARCANT
PH en dermato-allergologie
au CHU de Lille, Membre de
la SFHD

La dermatologie est un domaine dans lequel « se faire l'œil » est un des fondements de la pratique. Actuellement, notre apprentissage est facilité par les nouvelles technologies et notamment internet, véritable puits iconographique. Or, à l'ère de la photographie en noir et blanc, l'enseignement dermatologique reposait sur des moulages en cire afin de pratiquer et transmettre le savoir.

En tant que dermatologue, quel plaisir de flâner et se cultiver par la même occasion, au milieu d'œuvres toutes plus parlantes les unes que les autres ! Le musée des moulages de l'Hôpital Saint-Louis est un des héritages de la dermatologie française d'autrefois, une vision des grands spécialistes du XIX^{ème} siècle, qu'il semble impératif de pérenniser et valoriser.

LA DERMATOLOGIE À L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

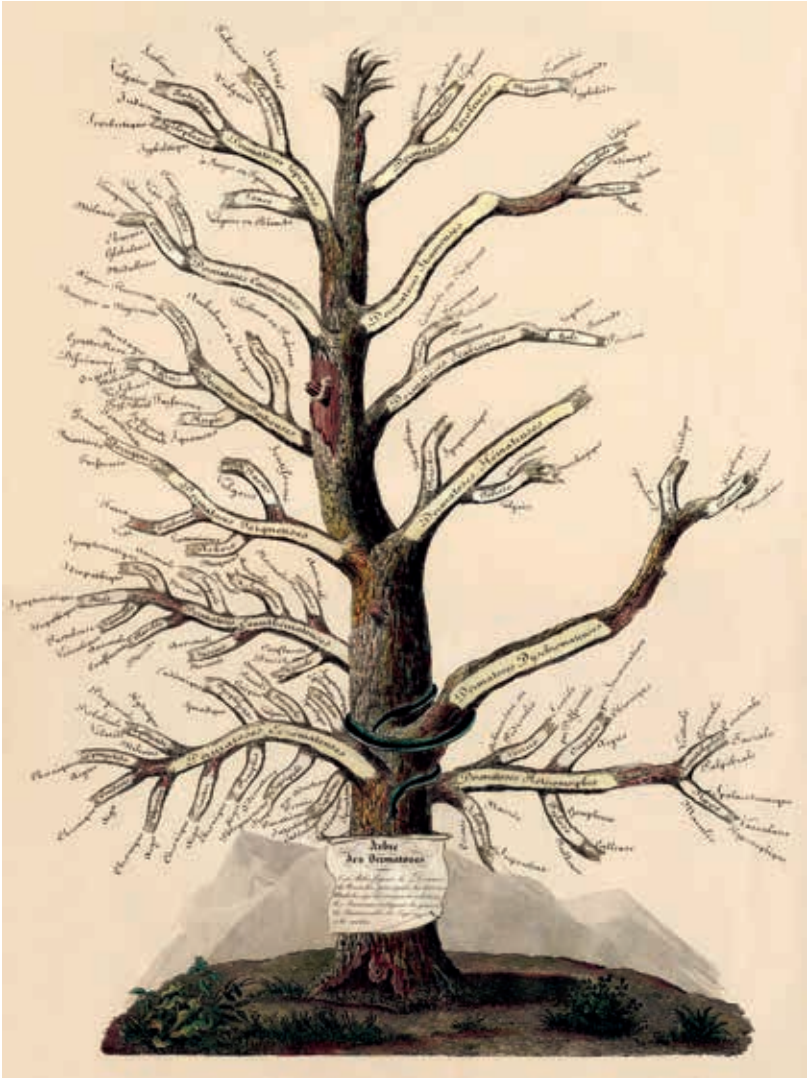
En 1801, l'hôpital Saint-Louis fut dédié aux maladies de la peau. Jean-Louis Alibert, premier dermatologue qui y travailla et premier à décrire le mycosis fongoïde (ou maladie d'Alibert), est considéré comme le fondateur de la dermatologie moderne. Il est également célèbre grâce à son esprit méthodique l'amenant à édifier l'« Arbre des Dermatoses » (1). Le tronc évoque la peau, ses douze branches correspondent aux douze classes de dermatoses, qui se divisent en espèces, groupes, genres... Par ailleurs, cet arbre est un symbole de la dermatologie française et a inspiré le logo de la SFHD (Société Française d'Histoire de la Dermatolo-

gie). L'ouvrage majeur de Jean-Louis Alibert, « Description des maladies de la peau observées à l'hôpital Saint-Louis », témoigne de l'importance de l'observation minutieuse des affections cutanées que symbolise le Musée des moulages. Enfin, charismatique, Alibert est le fondateur de l'École de la Dermatologie de cet hôpital attirant un large public d'étudiants, médecins et profanes.

L'HISTOIRE DU MUSÉE DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

Le Musée des moulages rassemble une collection d'environ 4 900 œuvres de cires dermatologiques réalistes et mystérieuses, soit la plus importante au monde.

Cette collection débute avec le don d'aquarelles par le médecin Alphonse Devergie, motivant la création d'un véritable musée pathologique au cœur de l'Hôpital Saint-Louis en 1866. Celle-ci fut rapidement complétée de photographies françaises de maladies de peau transmises par Bazin et de moulages offerts par Lallier, ayant comme objectif initial de perfectionner les méthodes de reproduction des maladies de peau. Ce dernier collabora à partir de 1863 avec un artisan spécialisé dans la conception d'œuvres en carton-pâte : Jules Baretta. Il créa ainsi une technique de fabrication de moulage du plus grand réalisme qui lui procura une certaine célébrité au sein de la dermatologie internationale. Son premier moulage date de 1867 et Baretta eut le privilège d'être nommé ensuite conservateur du musée de l'hôpital Saint-Louis en 1884. Nous lui devons actuellement la création d'approximativement 3500 pièces !



(1) Arbre des Dermatoses, Jean-Louis Alibert, 1829

Cette grande richesse artistique et didactique bénéficia d'un bâtiment spécifique en 1877 sur demande de Bourneville. Il devint ainsi un lieu de prestige et d'enseignement qu'il décrit comme une « vaste salle destinée au musée pathologique et disposée de manière à recevoir dans sa hauteur une double rangée de vitrines auxquelles on accédera par une galerie intérieure ». Ce musée fut inauguré le 5 août 1889 lors du premier congrès international de la dermatologie à l'occasion de l'Exposition Universelle de Paris.

TECHNIQUE DE MOULAGE DE BARETTA

La plupart des moulages furent réalisés à partir de vrais patients. Baretta appliquait de la peau de baudruche sur la lésion puis déposait du plâtre liquide afin d'épouser les reliefs. La cire chaude était ensuite versée dans le plâtre sec. Après refroidissement, les pigments étaient intégrés à la cire (technique de coloration dans la masse) afin de représenter le plus fidèlement possible la sémiologie initiale. Pour l'anecdote, Baretta s'exerçait au piano afin de détendre les patients pendant la prise du moulage (piano que l'on peut observer au musée) !

TÉMOIGNAGE DE L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE ET REPRÉSENTATION DE L'HOMME MALADE

La renommée du Musée des moulages de Paris n'est plus à faire. Célèbres au-delà des frontières, les moulages de Baretta ont remporté plusieurs prix internationaux. À ce jour, le musée est riche de 4952 œuvres divisées en 4 sous-collections (collection générale, collection Péan, collection Parrot et collection Fournier). Plus de 3500 moulages abordent les maladies vénériennes, notamment la syphilis, véritable fléau du XIX[e] siècle. Ils furent par ailleurs utilisés comme des instruments de propagande antivénérienne.

Décrits par certains comme des monstruosités, les moulages représentent la pluralité des pathologies cutanées. Nous pouvons y observer des chancres syphilitiques, des maladies de Darier, un ecthyma térébrant infantile, des herpes préputiaux, des lupus tuberculeux...

Les moulages sont appréciés dans le monde médical, mais exercent aussi une fonction de vulgarisation et d'éducation dermatologique et vénérologique. Grâce à son inclusion dans l'inventaire des Monuments historiques en 1992, cette collection a dorénavant une valeur patrimoniale. Ainsi, le musée conserve sa vocation didactique initiale mais est aussi ouvert aux visiteurs sur prise de rendez-vous.

DES DONS POUR LA RESTAURATION DES MOULAGES

Mais ces moulages, aussi réalistes soient-ils, n'en restent pas moins des objets en cire soumis aux effets du temps. Altérations de surface, fissures et cassures peuvent être observées sur certains modèles. En 2021-2022, plus d'une centaine de moulages ont bénéficié d'une restauration à l'hôpital de Saint-Louis. Ceci en concernera prochainement une quarantaine de la collection lilloise. La SFHD est impliquée afin de proposer une aide financière mais des conservations de ce type risquent de devoir se répéter à l'avenir, et il sera nécessaire de se tourner vers d'autres sources de financement si l'on souhaite voir se pérenniser ces œuvres d'une grande valeur artistique et dermatologique.

Ce Musée, niché au cœur des bâtiments historiques de l'hôpital Saint-Louis, est donc un lieu unique au monde. Véritable célébration de la dermatologie d'antan, il pérennise le lien avec la dermatologie moderne et remplit ce devoir de mémoire si précieux.
Âmes sensibles s'abstenir, les moulages peuvent être impressionnants de réalisme. Cela peut toutefois être une bonne idée de visite insolite avec vos proches aux alentours d'Halloween !

SOURCES

1. Arbre des Dermatoses, Jean-Louis Alibert, 1829.
2. Description des maladies de la peau observées à l'hôpital Saint-Louis, Jean-Louis Alibert, 1806-1814.

INTÉRÊT DU CINÉMA POUR LA PÉDAGOGIE MÉDICALE

ANALYSE DU FILM BORDER D'ALI ABBASI (2018)

Camille LOISEAU
Interne de Dermatologie
au CHU de Lille
Vice-Presidente Partenariats
de la FDVF
Rédactrice en chef de la Revue
des Jeunes Dermatologues

Anne-Laurence PENCHAUD
MCF de Sociologie
Faculté de Santé
Université d'Angers

V. PERRIN
Faculté de Santé
Université d'Angers

Ludovic MARTIN
PUPH de Dermatologie
Faculté de Santé
Université d'Angers

C. DUGARD
Faculté de Santé
Université d'Angers

M. MOLUSSON
Faculté de Santé
Université d'Angers

Le cinéma, septième art populaire, est considéré comme un divertissement et un loisir aux yeux de tous. Néanmoins, est-il possible de l'utiliser comme outil pédagogique ?

La sensibilisation aux émotions, à l'empathie, à la stigmatisation… Le cinéma est-il la clé d'un apprentissage centré sur l'autre ? En quoi ouvre-t-il de nouvelles perspectives pour nos futurs médecins ? La dermatologie, avec son risque d'anathématisation des individus souffrant de pathologies affichantes, n'est-elle pas la spécialité pouvant utiliser au mieux ce mode pédagogique ?

Nous nous sommes intéressés dans cette étude à l'apport du cinéma dans le cursus médical à travers le film *Border* d'Ali Abbasi (2018). La projection de ce long-métrage a permis l'analyse de la différence physique des principaux protagonistes du film par des étudiants de DFGSM3 de la faculté de Santé d'Angers. Sous l'angle des sciences humaines, nous abordons ainsi une approche réflexive du rapport à l'altérité des futurs médecins.

MÉTHODES

Cette étude a consisté dans un premier temps en l'élaboration d'un questionnaire visant à interroger les étudiants avant, puis pendant le film lors de trois moments clés et enfin après le visionnage. Ce travail a été réalisé en distanciel selon 3 créneaux afin de permettre la participation de la majorité des étudiants volontaires. Nous avons utilisé l'outil Microsoft Teams pour le visionnage en temps réel et la plateforme Google Forms pour le questionnaire.

Il a ainsi été recueilli :

1. Les premières impressions sur l'affiche et le titre du film.
2. L'analyse des personnages et de leurs relations, évolutives au cours du temps, grâce à 3 arrêts pendant le film.
3. Une critique personnelle plus approfondie du cinéma et de son intérêt didactique dans le cursus médical.

Nous avons ensuite procédé à l'analyse des questionnaires. La majorité des questions exigeaient des réponses rédigées de la part des participants. Des catégories thématiques pour l'analyse du verbatim ont donc été construites par la suite.

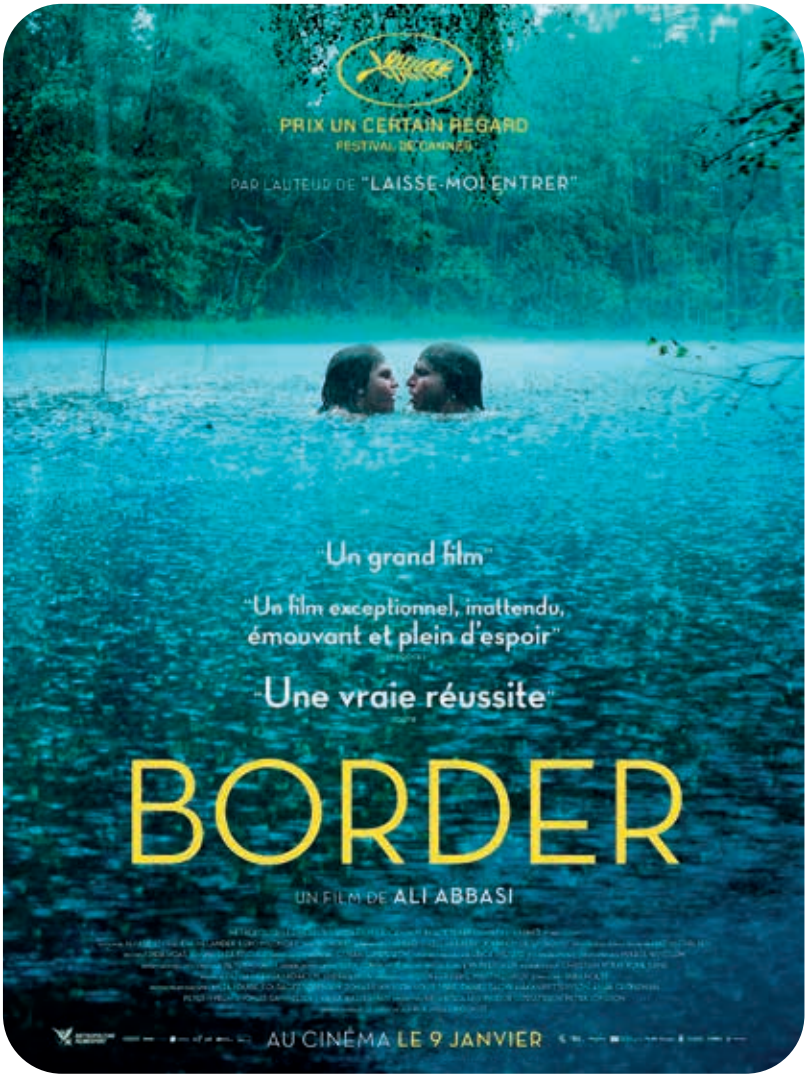
RÉSULTATS

Sur les 235 étudiants sollicités, 158 ont participé (67 %), dont 108 femmes et 50 hommes. Aucun des participants n'avait déjà vu *Border* avant l'étude.

Lorsqu'il s'agissait de décrire Tina, la principale protagoniste, alors que sa nature de troll n'était pas encore dévoilée, 31 % des participants employaient des critères uniquement physiques, 26 % des critères uniquement non physiques et 43 % les deux. Elle était qualifiée d'« *atypique* », « *hors-norme* », « *laide* » ou « *bestiale* ». Certains étudiants ont manifesté de la répulsion, d'autres de l'empathie ou de la curiosité, ou bien encore de la méfiance. Parmi les participants ayant réagi avec répulsion, 35 % ont nuancé ce sentiment avec de l'empathie. Nous notons que 68 % des participants tentaient de rationaliser le phénotype de Tina alors que 28 % lui trouvaient une explication fantastique (croisement d'espèces, cause surnaturelle).

Vore, le second protagoniste, était qualifié de « *laid* » par 21 % des étudiants ; 21 % pensaient qu'il avait subi un croisement génétique, 17 % qu'il avait une pathologie, 12 % qu'il était un animal ou, pour 10 %, qu'il présentait des séquelles d'une chirurgie. Le reste optait plutôt pour une origine surnaturelle. Sa relation avec Tina suscitait un malaise chez 50 % des participants, tandis que l'autre moitié éprouvait de l'acceptation.

Selon les étudiants, ce qui opposait Vore et Tina était majoritairement leur genre et leur mode de vie, Vore



étant adapté à une vie proche de la nature et Tina pouvant être intégrée à une vie sociale. Toutefois, leur physique, leur cicatrice, leur caractère, leur instinct animal ainsi que leur communication fusionnelle avec la nature les rapprochaient.

Suite à la révélation de la nature troll de Tina et Vore, 27 % des participants ressentaient un soulagement et une meilleure compréhension de l'histoire, 26,5 % étaient plutôt sceptiques car ils s'attendaient à une explication plus réaliste, 19,5 % ont manifesté encore

plus de dégoût, tandis que 16 % des participants déclaraient s'attendre à ce type de révélation. Les participants décrivaient le comportement de Tina suite à cette révélation comme du déni, de l'euphorie du renouveau, de la colère de ne pas avoir su avant ou bien du soulagement avec l'expérimentation de sa bestialité et une quête d'identité. Par ailleurs, savoir que Tina et Vore étaient des trolls modifiaient leur regard sur eux étant donné que certains participants étaient plus dans l'acceptation de la différence et dans l'empathie, tandis que d'autres avaient plus de difficulté à s'identifier aux personnages, la transition dans l'univers fantastique créant une déception par l'éloignement d'un apprentissage médical concret.

La frontière la plus évidente était celle entre la réalité et le fantastique révélée par l'opposition humain/troll (ou humain/animal). D'autre part, certains étudiants évoquaient des frontières sociétales en insistant sur le bien et le mal, la normalité et la déviance ou encore l'intégration et le rejet social. La beauté dans ce long-métrage a été identifiée dans la scène finale de maternité, l'entraide avec les voisins, la représentation de la nature et, plus rarement, la scène d'accouplement. La laideur était vue au travers de la violence : la pédopornographie, la tentative d'abus sexuel par Roland, le meurtre par Vore et la bestialité des trolls.

Les étudiants ont été amenés à se projeter en tant que futur professionnel de santé. Ils proposaient, afin de soutenir Tina, de l'écoute et de la compréhension. 14 étudiants évoquaient la nécessité d'un suivi psychologique et 40 l'auraient orientée vers la chirurgie esthétique…

Enfin, 52 % des participants voyaient un intérêt pédagogique au visionnage de ce film pour leur cursus médical alors que 48 % n'en voyaient aucun. Pour autant, 93 % des participants estimaient que le cinéma pouvait influencer leur pratique médicale.

DISCUSSION

Pour la plupart des étudiants (93 %), le cinéma a un intérêt particulier grâce à l'immense diversité de situations, comportements, apprentissages qu'il offre. En effet, le cinéma apporte un autre regard et une ouverture d'esprit. Il serait un **outil de sensibilisation complémentaire aux enseignements médicaux et introduirait subrepticement la conscience d'une stigmatisation dans le regard médical**.

Border offre une visualisation de la diversité physique et culturelle. Peu d'étudiants sont restés impassibles face au physique atypique des personnages principaux. Cette altérité leur a permis de s'accoutumer à la « laideur » de Vore et Tina, mais également de se forger une approche qui se veut non stéréotypée et discriminante. Un médecin doit avant tout prendre soin de son patient et n'émettre aucun jugement de valeur.

Toutefois, il convient de nuancer ces propos. En effet, 48 % des étudiants pensent que le film proposé n'a pas d'intérêt dans le cursus médical. Ils ne sont pas opposés au cinéma dans les études, mais considèrent *Border* comme trop abstrait et fantastique. Leurs préférences les orientent vers des films réalistes et médicaux. Nous voyons donc ici **la forte imprégnation des normes médicales dans le cadre d'une socialisation professionnelle précoce**.

50 % des étudiants déclarent ressentir une répulsion face au physique "hors-norme" de Tina et Vore. Cette appréhension de l'anormalité est doublement visible. Tout d'abord, les réponses montrent que l'impératif de bienveillance enseigné aux étudiants en médecine n'est pas un acquis face à individu atypique comme Tina. Certains spectateurs ressentaient un malaise, l'estimaient tout simplement « laide ». Ce jugement normatif éloigne le spectateur de la recherche de compréhension. Ce malaise apparaît comme un ressenti "commun" face à l'altérité physique. Le sociologue Erving Goffman définit les stigmates comme des attributs jetant un "discrédit profond" sur la personne, sa personnalité, faisant ainsi l'analogie entre la laideur physique et la laideur morale. Nous retrouvons également cette notion chez Pierre Bourdieu. Les stigmates que E. Goffman nomme les "monstruosités du corps" sont "invariants" et, dans toutes les sociétés, les personnes ayant des caractéristiques corporelles « hors norme » sont dévalorisées.

Toutefois, le malaise s'accompagne d'une certaine curiosité. Les participants poussent leur analyse sur la personnalité et les qualités de Tina, apportant une dimension positive à sa différence. Ils sont sensibles au fait qu'elle puisse être marginalisée et timide, ou bien gentille et introvertie. C'est ici que nous pouvons introduire la notion d'empathie. Selon le réalisateur Ali Abbasi, l'humanité est la capacité à avoir de l'empathie. Cette capacité fait la différence fondamentale entre Tina et Vore. D'un côté, Tina se présente et se comporte de manière estimable en s'identifiant aux ressentis d'autrui et voulant protéger les êtres humains. De l'autre côté, le comportement de Vore est défavorable par son manque d'empathie et de bienveillance envers ces derniers. Il est d'autant plus laid que ses comportements sont inhumains. Cette définition de l'humanité est intéressante mais devrait être nuancée dans le cadre de la pratique médicale. L'humanité englobe tous les individus humains, quels que soient leurs actes, et le médecin se doit de les soigner équitablement. Ainsi, **pour le médecin, tout individu est humain et toute humanité est respectable le temps du soin**.

Le regard des étudiants s'est étoffé tout au long du visionnage. À la suite de la révélation sur l'origine trollienne des protagonistes, il est ressorti quatre grandes catégories réactionnelles. Les sceptiques désiraient un film plus ancré dans la réalité pour leur cursus médical. Ceux ayant eu une réaction de prévisibilité s'attendaient à ce côté fantastique dès le début. Pour ceux ayant témoigné d'un dégoût, le fait

que les protagonistes soient des trolls n'a fait que majorer leur laideur. Enfin, la dernière catégorie d'étudiants est ceux qui ont été soulagés par la possibilité de comprendre et de mettre un nom sur la différence de Tina et Vore. Les protagonistes deviennent alors plus « normaux » et acceptables dans le monde. Le réflexe des étudiants est de se raccrocher à une logique et à une explication scientifique et rationnelle. Certains spectateurs voulaient pouvoir expliquer concrètement cette différence, afin de pouvoir l'appréhender d'un œil objectif, éclairé, et d'une certaine manière se rassurer en la rapportant au domaine du connu et de l'explicable.

La notion de différence est intensifiée par cette étude. Il en ressort **la tendance au rejet et à l'incompréhension, constituant une barrière dans l'approche de la complexité d'un individu** au cours de la pratique médicale. Bien sûr, certains étudiants réussissent à dépasser cette tendance, afin de considérer l'individu dans sa globalité. *Border* a donc poussé le spectateur à exprimer toutes ses émotions spontanément. Les exprimer lui a permis de réfléchir à son appréhension de la différence et donc à son appréhension de l'autre. Pour sa future pratique médicale, cela lui procure une première vision des quatre grands principes de l'éthique médicale, tels qu'ils ont été pensés par Beauchamp et Childress dans *Les Principes de l'éthique biomédicale* : **autonomie, bienfaisance, non-malfaisance, justice**.

Il est également intéressant de discuter de la tendance à se raccrocher à un diagnostic pour expliquer la différence. En effet, 70 % des étudiants ont opté pour la rationalité pour éclaircir le phénotype atypique de Tina et Vore. Leurs réponses étaient diverses, certains restaient dans la généralité en parlant de malformation génétique, d'accident ou bien de brûlure tandis que certains étaient plus précis en citant la neurofibromatose, le syndrome CLOVES ou l'acromégalie. Les étudiants ont de nouveau voulu normer et expliquer l'altérité, en se référant à leurs apprentissages. Ils se refusent en première intention à l'hypothèse fantastique.

Nous sommes alors face à une socialisation à la supériorité du savoir dominant (bio-médical) pour comprendre ce qui est en rapport avec le corps. Ceci discrédite d'autres formes de ressources et notamment l'apport de l'imagination. **L'exercice médical induirait-il une non-reconnaissance de l'utilité de la métaphore ?**

Nous nous devons également de convoquer *Le Normal et le pathologique* de Canguilhem et la dimension philosophique de la norme. En formulant la question « Y a-t-il des sciences du normal et du pathologique ? », Canguilhem rompt l'aspect binaire de la science pour laquelle un patient doit rentrer dans une des deux cases. Le médecin émet un jugement normatif qui ne permet pas à lui seul de déclarer quelqu'un comme « hors-norme ». Ici, certains étudiants

« Les étudiants ont de nouveau voulu normer et expliquer l'altérité, en se référant à leurs apprentissages. Ils se refusent en première intention à l'hypothèse fantastique. »

ont tout autant jugé le physique atypique des protagonistes comme pathologique. Ils ont donc cherché à les faire entrer dans cette case en oubliant qu'il existe un certain chevauchement entre ces deux notions opposées. Un équilibre sur lequel le médecin doit tâtonner afin de ne pas catégoriser toute personne non « normale » comme pathologique.

L'une des limites de notre étude est le biais de désirabilité sociale. En effet, les étudiants ayant répondu au questionnaire ont sûrement atténué certains propos afin de se présenter sous un jour favorable. Cette étude a été soumise à des personnes connaissant les investigateurs, étudiants et enseignants. Il se peut donc que certains n'aient pas voulu être trop virulents dans leurs propos…

Ainsi, avec Border, le lien avec la médecine n'est pas évident. L'étudiant, en faisant appel à l'interprétation et l'implicite, développe sa réflexivité et expérimente l'altérité, l'inconfort voire l'incompréhension. Sentiments qui l'accompagneront tout au long de sa carrière. Il prend de ce fait conscience de ses représentations et réactions spontanées. Le cinéma, grâce à ses vignettes cliniques et supports illustratifs, ouvre à des histoires de vie plus ou moins complexes.

Le spectateur doit écouter attentivement, interpréter et mettre en relation. Tout ce travail implicite n'est-il pas le premier pas pour une prévention de la stigmatisation dans le cadre professionnel ?

LE JOURNAL CLUB DE LA FDVF

En BREF est une revue de littérature réalisée par la FDVF, compilant les articles de dermatologie des journaux scientifiques les plus pertinents publiés au cours des trois derniers mois. Chaque trimestre, plus de 800 articles sont examinés, et une vingtaine de sujets susceptibles d'intéresser les jeunes (et moins jeunes) dermatologues sont sélectionnés. Notre objectif est de présenter une variété de thèmes et de proposer une lecture critique sous forme de courts résumés.

Pour cette deuxième édition de la RJD, nous avons sélectionné 8 articles originaux.

SÉLECTION DES ARTICLES ET RÉDACTION PAR
Quitterie MURAT DE MONTAI, Parna MOGHADAM, Adrien BOYARD, Lisa MAUDET

COORDINATION
Lisa MAUDET *(Lyon)*

en BREF
E-NEWSLETTER : BIBLIOGRAPHIE, REVUES ET EVENEMENTS DE LA FDVF

IMPACT SUR LA PRATIQUE

1. EVOLUTION OF PATIENTS WITH SÉZARY SYNDROME AFTER MOGAMULIZUMAB DISCONTINUATION FOR ANY CAUSE EXCEPT PROGRESSION: A MULTICENTRE RETROSPECTIVE STUDY (MOGA-STOP STUDY)

https://doi.org/10.1093/bjd/ljae153

Introduction

Le mogamulizumab (moga), anticorps monoclonal anti-CCR4, a montré une augmentation de la survie sans progression dans le mycosis fongoïde (MF) et le syndrome de Sézary (SS). Cette étude permet d'évaluer l'évolution des patients atteints de SS ayant arrêté le moga pour tout autre motif qu'une progression de la maladie (rémission ou effet indésirable).

Matériel et méthodes

L'étude est rétrospective multicentrique. L'objectif principal était de décrire la survie sans progression post-arrêt du moga (SSPpm, méthode de Kaplan-Meier). Les objectifs secondaires (« rashs au moga » RAM, la durée du moga et la stratégie d'arrêt sur la SSPpm) ont été étudiés par modèle de Cox univarié.

Résultats

52 patients ont été inclus dont 29 femmes (56 %), d'âge médian de 73 ans. La durée médiane du traitement était de 12 mois et le délai médian de suivi de 57 mois.

À l'arrêt du moga, 32 patients (62 %) étaient en rémission complète, 18 (34 %) en rémission partielle et 2 (4 %) en état stable. L'arrêt du moga était progressif dans 20 cas (38 %), brutal dans 32 (62 %).

La SSPpm médiane était de 16 mois et la SSP globale (SSPg) médiane de 30 mois.

25 patients ont rechuté (48 %) après un délai médian de 7 mois (1-38), avec pour tous une atteinte cutanée et sanguine pour 10.

Le moga a été repris chez 10 patients en rechute permettant d'obtenir une rémission complète ou partielle chez 8. La SSPpm n'était influencée ni par la survenue de RAM (p = 0,537) ni par la durée du moga, mais était plus courte en cas d'arrêt brutal (p = 0,045). Cinq patients sont décédés, dont 2 du SS.

Discussion

Les résultats, avec une SSPpm médiane de 16 mois, suggèrent de proposer l'arrêt progressif du moga une fois la réponse obtenue, même après un traitement court. Cela pourrait minimiser les coûts du traitement, le risque d'effets indésirables et de résistance par sélection de cellules de Sézary ayant perdu l'expression de CCR4. Sa reprise devrait être encouragée comme premier choix en cas de rechute ou de progression.

Conclusion

Ces données de vraie vie ouvrent de nouvelles stratégies d'utilisation du moga au cours du SS, avec des traitements courts, arrêt progressif et possibilité de retraitement en première intention.

2. ORAL MINOXIDIL VS TOPICAL MINOXIDIL FOR MALE ANDROGENETIC ALOPECIA: A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL

DOI: 10.1001/jamadermatol.2024.0284

Introduction

L'alopécie androgénétique (AA) masculine est la première cause d'alopécie chez l'homme ; affectant de manière significative la qualité de vie des patients. Le minoxidil topique fait partie de l'arsenal thérapeutique disponible tandis que le minoxidil oral est souvent prescrit hors AMM devant une efficacité et observance supposées supérieures. Les effets indésirables varient en fonction de la galénique (hypotension, céphalées pour la forme systémique ; dermite irritative/eczema du cuir chevelu pour la forme topique). L'objectif de cette étude est de comparer l'efficacité et la tolérance du minoxidil oral avec le minoxidil topique chez les patients atteints d'AA masculine.

Matériel et méthodes

Cette étude randomisée, monocentrique, contre placebo en double aveugle a inclus 90 hommes âgés de 18 à 55 ans, présentant une AA légère à modérée (évaluée par l'échelle de Norwood-Hamilton). Les patients étaient randomisés 1:1 et recevaient soit du minoxidil 5mg/j avec une solution topique placebo ou du minoxidil topique 5 % 1mL 2/j et un comprimé placebo. Le critère de jugement principal était la modification de densité des cheveux terminaux (diamètre ≥0.06 mm) dans les zones cibles préalablement délimitées (zone frontale et vertex) à 24 semaines.

Résultats

Sur les 90 patients inclus (âge moyen 36,6 ans), 68 ont poursuivi l'étude jusqu'à son terme (35 dans le groupe minoxidil topique et 33 dans le groupe minoxidil oral). À 24 semaines, il n'y avait pas de différence significative entre la modification de la densité des cheveux terminaux au

niveau frontal (p=0,27), et de modification de densité des cheveux totaux au niveau frontal (p =0,32) et du vertex (p =0,32) entre les 2 groupes. En revanche, pour le vertex la modification de la densité des cheveux terminaux était en faveur du minoxidil oral (p=0,09) et le pourcentage d'augmentation des cheveux terminaux était significativement plus important dans le groupe minoxidil oral (p=0.005).

Les effets indésirables les plus fréquents étaient l'hypertrichose (49 % du groupe minoxidil oral et 25 % du groupe minoxidil topique), les céphalées (respectivement 14 % et 2 %) et l'eczéma du cuir chevelu plus fréquent dans le groupe minoxidil topique (respectivement 1 % et 7 %). Il n'y avait pas de différence de pression artérielle au cours de l'étude entre les deux groupes.

Discussion

La principale limite de cette étude est le faible nombre de patients inclu. La différence d'augmentation de cheveux terminaux au niveau du vertex en faveur de la forme orale pourrait être liée à une difficulté d'application ou une inobservance du minoxidil topique dans cette zone.

Conclusion

En conclusion, à 24 semaines, bien que le minoxidil oral n'ait pas montré de résultats supérieurs au minoxidil topique dans l'AA masculine, sa tolérance à dose de 5mg par jour était bonne et les auteurs envisagent son utilisation en cas d'intolérance à la forme topique ou de préférence pour la forme orale.

INNOVANT

1. UNDERSTANDING THE DERMOSCOPIC PATTERNS OF BASAL CELL CARCINOMA USING LINE-FIELD CONFOCAL TOMOGRAPHY

DOI: 10.3390/tomography10060063

Introduction

Le carcinome basocellulaire (CBC) est le cancer cutané malin le plus fréquent et son incidence est en augmentation.

L'utilisation de la dermoscopie permet un diagnostic précoce grâce à la reconnaissance de patrons décrits dans la littérature. Actuellement, l'histologie est le gold-standard pour le diagnostic de sous-types de CBC. Cependant, la Tomographie par cohérence optique confocale à champ linéaire (LC-OCT), technique d'imagerie non invasive, est une technique prometteuse pour le diagnostic et le suivi.

Matériel et méthodes

Cette étude est monocentrique et rétrospective. 100 CBC ont été étudiés sur images cliniques, histologiques et de LC-OCT. Dans cette étude, les lésions ayant un diagnostic histologique de CBC ont été réévaluées pour identifier des critères de LC-OCT de CBC.

Les caractéristiques dermoscopiques avec celles de la LC-OCT ont été comparées avec l'indice de concordance Gwet AC1 afin d'estimer le taux de classification correcte (CCR).

Résultats

Parmi les CBC diagnostiqués, les histologies confirmaient la présence de 54 CBC superficiels, 20 CBC nodulaires, 16 CBC infiltrants, 5 micronodulaires et 5 basosquameux. 59 % des CBC étaient décrits comme tatoués.

Les caractéristiques dermoscopiques les plus fréquentes étaient : télangiectasies (51 %), globules bleu-gris (40 %), multiples points noirs (12 %), feuilles d'érable (12 %), nids ovoïdes (10 %).

La prévalence des critères était comparable entre la dermoscopie et la LC-OCT, sans différence significative ($p > 0,05$ pour tous les critères). De plus, la concordance entre les motifs identifiés par les deux méthodes était remarquablement élevée pour tous les aspects évalués ($p < 0,001$ pour tous les critères).

Discussion

L'association entre les critères dermoscopiques et histologiques a été largement étudiée dans la littérature afin de renforcer la corrélation clinico-histologique. Cependant la dermoscopie explore des images horizontales alors que l'histologie étudie des images verticales rendant parfois les associations difficiles.

La LC-OCT est une technique d'imagerie optique innovante, non invasive qui permet d'étudier le CBC de manière verticale, horizontale et en trois dimensions, offrant une corrélation en temps réel avec les images dermoscopiques.

Conclusion

L'étude de l'association de critères dermoscopiques et en LC-OCT concernant les CBC montrait une très bonne corrélation. Cela pourrait être une perspective afin d'augmenter la précision de diagnostic des CBC.

2. NEOADJUVANT NIVOLUMAB AND IPILIMUMAB IN RESECTABLE STAGE III MELANOMA

DOI: 10.1056/NEJMoa2402604

Introduction

La prise en charge des mélanomes de stade III résécables repose actuellement sur la chirurgie qui peut être associée à un traitement adjuvant systémique. Dans les essais de phase 1-2 menés chez des patients atteints d'un mélanome de stade III macroscopique résécable, l'immunothérapie néoadjuvante s'est révélée plus efficace que l'immunothérapie adjuvante. Cet essai de phase III vise à tester la chirurgie associée à de l'immunothérapie adjuvante (standard-care) contre un protocole de recherche par néoadjuvant.

Matériel et méthodes

Les patients sont randomisés en 2 groupes. Le groupe néoadjuvant recevait 2 cycles de nivolumab et ipilimumab. À l'issue de ces 2 cycles, en cas de réponse anatomopathologique complète, le traitement était arrêté, et en cas de réponse incomplète, un traitement adjuvant était administré pendant 1 an. Le groupe contrôle recevait du nivolumab en adjuvant après la chirurgie. Le critère de jugement principal était la survie sans récidive (SSR).

Résultats

423 patients ont été randomisés. Dans le groupe néoadjuvant, le taux global de SSR était de 83,7 % ($IC_{99,9\%}$: 73,8-94,8) versus 57,2 % ($IC_{99,9\%}$: 45,1-72,7) dans le groupe contrôle. Chez les patients porteurs de mutations BRAF recevant une thérapie ciblée après traitement néoadjuvant, les taux de SSR étaient identiques à ceux des patients non mutés.

Dans le groupe néoadjuvant, 59 % des patients ont obtenu une réponse anatomopathologique majeure (moins de 10 % de tumeur résiduelle viable), 8,0 % une réponse partielle, 26,4 % non-répondeurs (> 50 % de tumeur résiduelle viable) et 2,4 % ont progressé. Le taux de SSR était de 95,1 % en cas de réponse pathologique majeure ($IC_{99,9\%}$: 87,4-99,9) mais de 57 % ($IC_{99,9\%}$: 33,3-97,6) en cas de non-réponse anatomopathologique.

Discussion

Ces résultats s'accompagnent d'une toxicité accrue dans le groupe néoadjuvant, avec des événements indésirables de grade ≥ 3 liés au traitement chez 23,1 % des patients au cours des 12 premières semaines. Le taux global d'effets indésirables graves (toutes causes confondues) était de 47,2 % dans le groupe néoadjuvant contre 34,1 % dans le groupe contrôle.

Conclusion

La stratégie néoadjuvante (simple ou combinée) offre des opportunités pour réduire l'intensité des traitements. La réponse pathologique majeure est un facteur pronostique fort, justifiant l'intégration de ce critère dans les futures stratégies thérapeutiques.

LE PLUS CLINIQUE

1. RETROSPECTIVE CASE SERIES OF COCAINE-ASSOCIATED PLASMA CELL ORIFICIAL MUCOSITIS

DOI: 10.1001/jamadermatol.2023.5692

Introduction

La mucosite orificielle à plasmocytes (Plasma cell orificial mucositis - PCOM) associée à la consommation de cocaïne est une affection rare, émergente, qui a gagné de l'intérêt en Espagne ces dernières années. Il y a peu de connaissances sur cette pathologie. L'objectif de l'étude était de délimiter des caractéristiques clinico-pathologiques afin d'avoir une nouvelle approche de la maladie et des diagnostics différentiels.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective, multicentrique, permettant de rapporter une série de 10 cas. Le diagnostic de PCOM associée à la consommation de cocaïne a été posé entre avril 2020 et mars 2023.

Résultats

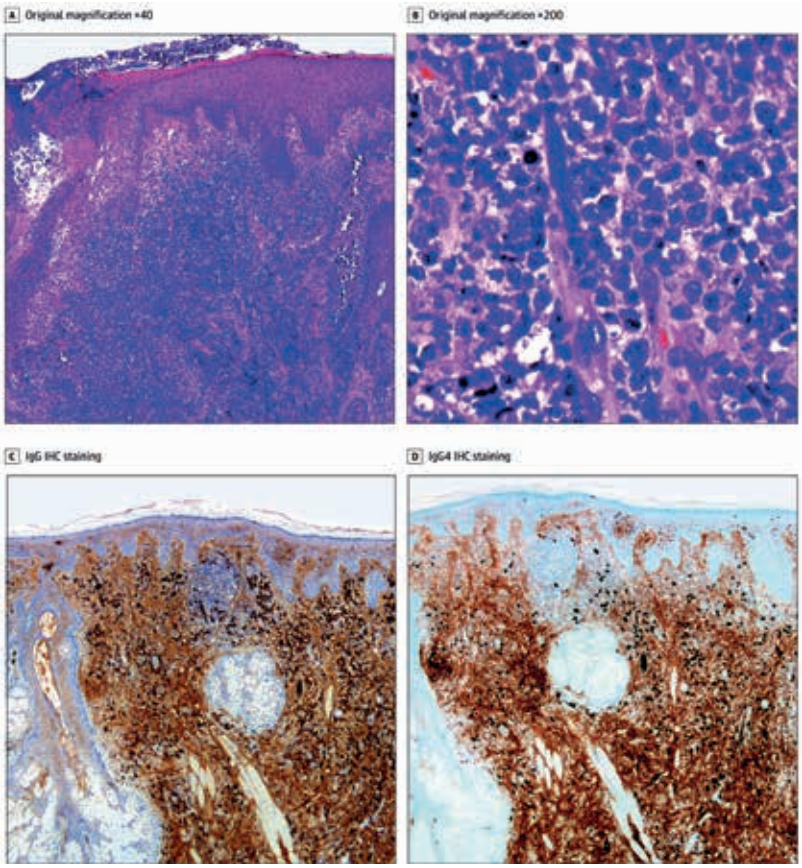
Un total de 10 patients (6 hommes ; âge médian de 45,5 ans) présentant des plaques ulcérées exsudatives ont été identifiés pour cette étude. Les ulcérations étaient à bords surélevés et érythémateux, et le temps d'évolution médian était de 9 mois.

Les biopsies ont montré un infiltrat inflammatoire dense de plasmocytes dans le derme, sans atypie et avec présence d'éosinophiles. Tous les patients ont déclaré une consommation récente de cocaïne. Trois tests urinaires ont détecté la présence de cocaïne, sans traces d'amphétamines ni d'opiacés. Six patients ont montré une amélioration sous corticothérapie. 60 % des patients ont été perdus de vue lors du suivi.

Discussion

Jusqu'à présent, les lésions cutanées associées à la consommation de cocaïnes étaient principalement des infiltrats neutrophiliques et des vascularites. La description anathomopathologique d'un infiltrat de cellule plasmatique est relativement récent dans les cas de lésions associées à l'utilisation de substances stupéfiantes.

La PCOM est une affection bénigne de cause inconnue. Depuis le premier signalement de la PCOM associée à la cocaïne en Espagne, son incidence a fortement augmenté.



Cette tendance pourrait être attribuée à la présence de cas non diagnostiqués jusqu'à présent.

Conclusion

Devant une présentation clinique d'ulcération péri-orificielle, il faut systématiquement interroger les patients sur la consommation de substances stupéfiantes. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre la physiopathologie de cette affection.

2. CLINICAL FEATURES AND OUTCOMES OF BLACK PATIENTS WITH MELANOMA

DOI : 10.1001/jamadermatol.2023.5789

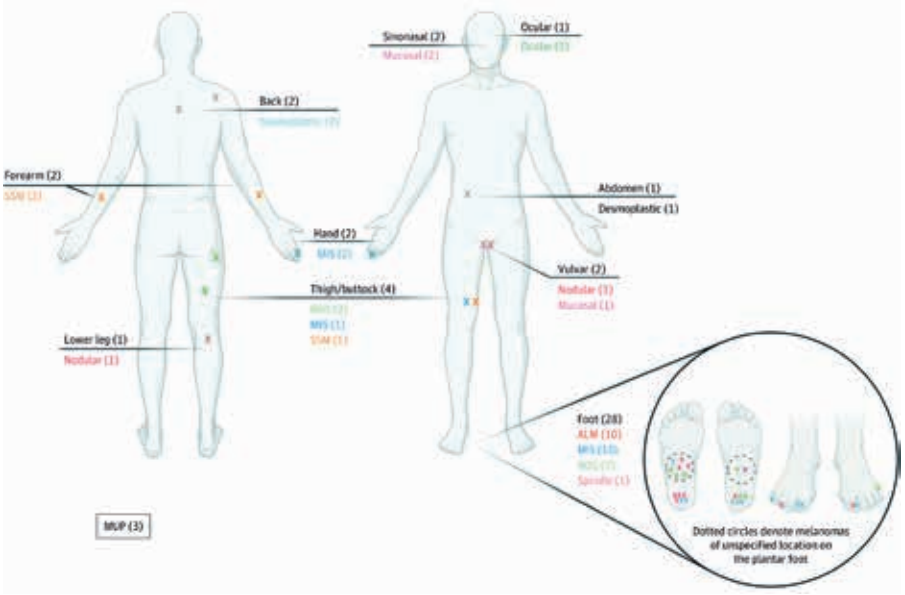
Introduction

Les mélanomes chez les personnes de phototype V et VI sont rares (incidence annuelle de 1 pour 100 000 personne). La majorité des études sur cette population est issue de banques de données. Il y a donc peu de détails cliniques sur les mélanomes des patients de phototype élevé.

L'objectif principal de cette étude est d'identifier des caractéristiques au niveau individuel et au niveau tumoral.

Matériel et méthodes

Cette étude est une série de cas, uni-centrique, basé sur un diagnostic histologique de mélanome chez une population de phototype foncé.



Résultats
Au total, 48 patients ont été inclus, 63 % de femmes, âge médian de 62 ans. 40 mélanomes cutanés primitifs ont été identifiés. Parmi eux, 30 (75 %) avaient une localisation acro-lentigineuse.

Les patients ayant un mélanome non acro-lentigineux étaient significativement plus immunodéprimés (40 % vs 7 %) et avaient un antécédent de cancer (60 % vs 17 %).

13 patients (27 %) ont développé une atteinte stade IV et parmi eux, 12 sont décédés à cause du mélanome.

Discussion
La principale limite de cette étude est le faible nombre de patients inclus et le caractère unicentrique.

Conclusion
Cette série de cas met en lumière des caractéristiques du mélanome spécifiques des populations de phototype élevé. La prévalence de mélanome acral est beaucoup plus fréquente qu'en population générale. Les mélanomes de type SSM sont en revanche plus rares (contrairement à la population générale) et ont été diagnostiqués chez des patients immunodéprimés. Les localisations non acrales de mélanome avaient une meilleure réponse au traitement que les autres localisations (acrale, muqueuse, non identifiée). Des études multicentriques avec un nombre plus important de patients sont nécessaires pour améliorer les connaissances du mélanome chez les patients de phototype foncé.

LE PLUS ORIGINAL

1. NON INFERIORITY OF 16-WEEK VS 8-WEEK GUSELKUMAB DOSING IN SUPER RESPONDERS FOR MAINTAINING CONTROL OF PSORIASIS: THE GUIDE RANDOMIZED CLINICAL TRIAL

DOI: 10.1001/jamadermatol.2024.2463

Introduction
Le psoriasis est une pathologie inflammatoire chronique dont les modalités de désescalade de traitement sont peu étudiées. Cette étude vise à évaluer la non-infériorité d'un espacement des doses de 8 à 16 semaines chez les patients avec un psoriasis modéré à sévère, bien contrôlé sous Guselkumab (anti-interleukine 23).

Matériel et méthodes
L'étude GUIDE est une étude de phase 3b, randomisée, en double aveugle, multicentrique.

Les patients inclus dans cette étude sont ceux ayant obtenu une réponse totale (PASI 0) à la semaine 20 et 28, appelés « super répondeurs » (SR). À la semaine 28, les SR ont été randomisés pour poursuivre le Guselkumab toutes les 8 semaines (148 patients) ou toutes les 16 semaines (149 patients).

Le critère de jugement principal était la non-infériorité (avec une marge d'erreur de 10 %) d'une injection de Guselkumab toutes les 16 semaines comparée à toutes les 8 semaines (PASI < 3 à la semaine 68) chez les SR.

Résultats
Au total, 822 patients ont été inclus dans l'étude et 297 (36.1 %) patients étaient considérés SR. Parmi les SR, l'âge moyen était de 39,4 ans et 95 (32 %) étaient des femmes. 91,9 % (137/149; $IC_{90\%}$, 87.3%-95.3%) des SR du groupe 16 semaines et 92.6 % (137/148; $IC_{90\%}$, 88.0%-95.8%) du groupe 8 semaines avaient un PASI < 3 à la semaine 68. Le critère de jugement principal montrait une non-infériorité du Guselkumab toutes les 16 semaines contre toutes les 8 semaines chez les SR (p = 0,001) avec une différence de risque de –0.6 ($IC_{90\%}$, –5.7 to 4.5; P = .84).

Discussion
L'étude GUIDE est la première étude randomisée démontrant la persistance du bénéfice du Guselkumab chez des patients malgré un espacement des injections. Ces constatations cliniques étaient associées à une diminution dans le sang et la peau de biomarqueurs spécifiques du psoriasis (étudiés en critères secondaires).

Conclusion
Les traitements du psoriasis manquent encore d'études pour la désescalade du traitement. De plus amples analyses des données de l'essai GUIDE viseront à évaluer l'association entre la réponse clinique et les données sur les biomarqueurs et la pharmacocinétique, et examineront plus en détail le maintien de la réponse sur le long terme après l'arrêt du traitement.

2. ANTIHYPERTENSIVE MEDICATIONS AND ECZEMATOUS DERMATITIS IN OLDER ADULTS

DOI: 10.1001/jamadermatol.2024.1230

Introduction

Il existe une augmentation du diagnostic d'eczéma chez les personnes âgées mais il y a peu de connaissances concernant la physiopathologie. Des données préliminaires suggèrent l'implication de traitements anti-hypertenseurs, mais les données restent rares. L'objectif de cette étude est de déterminer si le traitement anti-hypertenseur est associé à l'eczéma du sujet âgé.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude de cohorte longitudinale, en population totale, au royaume uni entre 1994 et 2015. La date d'inclusion est la date de première prescription d'antihypertenseur.

Résultats

Parmi l'échantillon total de l'étude composé de 1 561 358 adultes âgés (âge moyen 67 ; 54 % de femmes), la prévalence globale de l'eczéma était de 6,7 % pendant une durée de suivi médiane de 6 ans.

L'incidence d'eczéma était plus élevée chez les participants prenant des médicaments antihypertenseurs que chez ceux qui n'en prenaient pas (12 contre 9 pour 1000 années-personnes de suivi).

Les modèles ajustés de risques ont montré un taux de risque accru d'eczéma de 29 % (HR : 1,29 ; $IC_{95\%}$: 1,26-1,31). Lors de l'évaluation de chaque classe d'antihypertenseurs, l'effet le plus important a été observé pour les diurétiques (HR : 1,21 ; $IC_{95\%}$: 1,19-1,24) et les bloqueurs des canaux calciques (HR : 1,16 ; $IC_{95\%}$: 1,14-1,18). Les effets les plus faibles ont été observés pour les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (HR : 1,02 ; $IC_{95\%}$: 1,00-1,04) et les bêta-bloquants (HR : 1,04 ; $IC_{95\%}$: 1,02-1,06).

Discussion

La principale limite de l'étude est l'absence de données suffisantes pour étudier la sévérité de l'eczéma, ainsi que le manque de données concernant l'évolution de l'atteinte.

Conclusion

D'autres études sont nécessaires pour confirmer ces résultats et identifier un potentiel mécanisme physiopathologique associé. Cependant, ces résultats sont robustes et l'association reste significative après les analyses de sensibilité.

TESTEZ VOS CONNAISSANCES

CAS CLINIQUE

Emmanuel RIBEREAU-GAYON
Lyon

Vous voyez en consultation une patiente de 32 ans.

Elle est actuellement enceinte à 29 SA (G2P1 : première grossesse non compliquée), traitée par tardyféron et vitamine C.

2 jours après une injection de Rhophylac, apparition de lésions cutanées purigineuses du haut du tronc ainsi qu'une fièvre à 38,5°C. Pas de contage retrouvé, pas de notion de piqûre d'insectes.

Elle consulte en dermatologie 7 jours après l'injection de Rophylac devant l'extension des lésions, apyrétique à ce stade.

QCM 1. Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ?

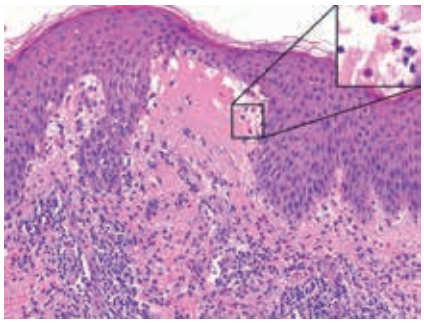
A. Réaction cutanée médicamenteuse au Rophylac
B. Éruption polymorphe de la grossesse
C. Prurigo strophulus
D. Pemphigoïde gestationnelle
E. Syndrome de Gianotti-Crosti

QCM 2. Quel est l'examen complémentaire indispensable dans cette situation ?

A. Biopsie cutanée
B. Immunofluorescence directe
C. Anticorps anti-peau (anti-PB180 et anti-PB230)
D. Numération formule sanguine
E. IgE totale

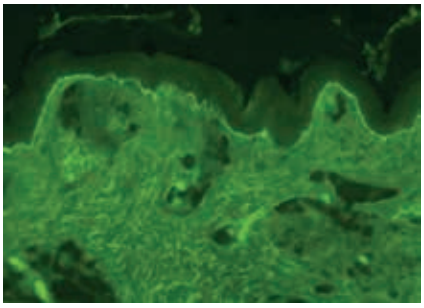
QCM 3. Vous recevez le résultat de la biopsie cutanée, qu'observez-vous ?

A. Décollement sous-épidermique + infiltrat d'éosinophiles + dépôt linéaire de C3 à la jonction dermo-épidermique
B. Absence de décollement sous-épidermique + infiltrat d'éosinophiles + dépôt linéaire de C3 à la jonction dermo-épidermique
C. Décollement sous-épidermique + infiltrat de polynucléaires neutrophiles + dépôt linéaire de C3 à la jonction dermo-épidermique
D. Décollement sous-épidermique + infiltrat d'éosinophiles + absence de dépôt linéaire de C3 à la jonction dermo-épidermique
E. Aucune des réponses précédentes

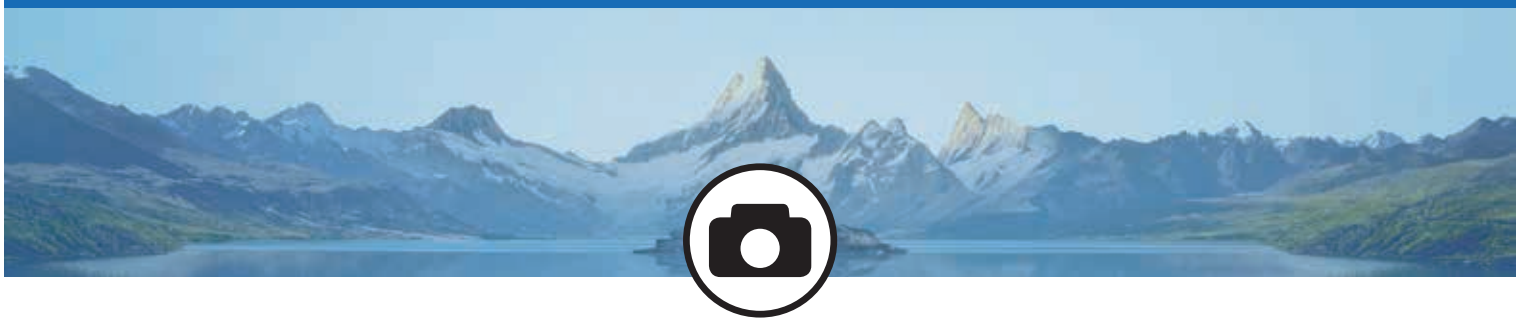


QCM 4. Vous recevez le résultat de la biopsie cutanée, qu'observez-vous ?

A. Il existe des risques fœtaux (retard de croissance intra-utérin et de prématurité)
B. Le taux d'IgG anti-BP180 n'est pas corrélé aux risques fœtaux
C. Il existe fréquemment des bulles néonatales transitoires
D. Il n'y a habituellement pas de poussée après l'accouchement
E. Il n'y a habituellement pas de récidive lors des grossesses ultérieures



AVEC LE SOUTIEN INSTITUTIONNEL DES **LABORATOIRES DERMATOLOGIQUES D'URIAGE**



PRIX PROFESSEUR MARC LARRÈGUE 2025 MEILLEURE PHOTO CLINIQUE

JURY 2025

- Pr Pascal JOLY (Rouen)
- Pr Nellie KONNIKOV (Boston)
- Pr Marie-Thérèse LECCIA (Grenoble)
- Pr Jacek SZEPIETOWSKI (Wroclaw)
- Pr Mourad MOKNI (Tunis)
- Pr Jorge OCAMPO-CANDIANI (Monterrey)
- Pr Julie POWELL (Montréal)
- Pr Kenneth TOMECKI (Cleveland)
- Pr Pierre WOLKENSTEIN (Paris)

DU 3 DÉCEMBRE 2024 AU 15 AVRIL 2025

PHOTOGRAPHIEZ, COMMENTEZ, ENVOYEZ...

...ET DEVENEZ L'UN DES 3 LAURÉATS DU PRIX PROFESSEUR MARC LARRÈGUE 2025 !

CONCOURS OUVERT AUX DERMATOLOGUES DU MONDE ENTIER

LES PRIX 2025

1er PRIX

INSCRIPTION + HÉBERGEMENT* À L'EADV PARIS 2025

+ 1000 €

2e PRIX

INSCRIPTION + HÉBERGEMENT* À L'EADV PARIS 2025

+ 500 €

3e PRIX

INSCRIPTION + HÉBERGEMENT* À L'EADV PARIS 2025

+ 250 €

DATES CLÉS DU CONCOURS

- Ouverture le 03/12/2024
- Clôture le 15/04/2025 minuit
- Annonce des gagnants le 15/04/2025
- Remise des prix et présentation des photos cliniques commentées gagnantes à l'EADV Paris 2025

CRITÈRES D'ÉVALUATION ET DE SÉLECTION DES PHOTOS CLINIQUES

- Intérêt scientifique et pédagogique de la photo clinique
- Originalité du cas
- Pertinence du commentaire
- Qualité de la photo

Soumettez-nous dès maintenant vos photos cliniques commentées sur

www.collectionmarclarregue.com

PHOTO EN GROS PLAN ACCOMPAGNÉE PAR UNE DESCRIPTION (150 MOTS MAXIMUM)

*Remboursement de votre inscription à l'EADV Paris 2025 et prise en charge de 3 nuits d'hôtel (hôtel choisi et réservé par les équipes Uriage).

Conformément aux dispositions de l'Ordonnance n°2017-49 du 19 janvier 2017, tout avantage pris en charge par les Laboratoires Dermatologiques d'Uriage sera transmis pour avis au Conseil de l'Ordre compétent. Toute invitation prise en charge par les Laboratoires Dermatologiques d'Uriage est strictement limitée aux professionnels de santé et ne peut être étendue à des tiers. Par ailleurs, les Laboratoires Dermatologiques d'Uriage rendront publics sur le site unique public (https://www.transparence.sante.gouv.fr) les avantages pris en charge par ses soins pour les besoins de transparence des liens. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, et au Règlement Général européen sur la Protection des Données (Règlement 2016/679, dit « RGPD »), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification concernant les informations collectées au titre de la transparence des liens. Vous pouvez exercer ce droit par email à l'adresse dpo@uriage.com

URIAGE EAU THERMALE

RÉPONSES CAS CLINIQUE

QCM 1.

A. Non, car très rares et décrites quasi uniquement au site de l'injection.

B. Non, car même si le tableau clinique est compatible et que l'éruption polymorphe de la grossesse correspond au principal diagnostic différentiel de la pemphigoïde gestionnelle, il s'agit d'un diagnostic d'élimination !

C. Non, car n'expliquerait pas la fièvre et survient surtout chez les enfants à la suite de piqûres d'insectes.

D. **Oui, car diagnostic à éliminer en priorité devant un prurit gestationnel avec lésions cutanées urticariennes péri-ombilicales, même en l'absence de bulle (absentes dans environ 30 % des cas) !**

E. Non, car survient surtout chez les jeunes enfants, avec peu de prurit et en épargnant habituellement le tronc.

QCM 2.

A. Non, car les anomalies ne sont pas spécifiques (la spongiose, l'œdème, l'infiltrat éosinophilique, peuvent être présents dans l'éruption polymorphe de la grossesse et la pemphigoïde gestationnelle).

B. **Oui, car c'est l'examen qui permet de mettre en évidence un dépôt linéaire de C3 le long de la jonction dermo-épidermique, signature caractéristique des maladies bulleuses auto-immunes de la jonction.**

C. Non, même s'il s'agit d'un examen très sensible pour mettre en évidence la présence d'auto-anticorps anti-BP180 (sensibilité : 90 %).

D. Non, une élévation des éosinophiles est possible mais non spécifique.

E. Non, une élévation des IgE totale est possible mais non spécifique.

QCM 3.

A. **Décollement sous-épidermique + infiltrat d'éosinophiles (inset) + dépôt linéaire de C3 à la jonction dermo-épidermique.**

QCM 4.

A. **Oui, car le risque d'issue défavorable de la grossesse est d'environ 35 % (RCIU, hypotrophie, prématurité, etc.). Les facteurs pronostics de complications fœtales sont le début précoce de la pemphigoïde, la présence de bulles, un taux élevé d'IgG anti-BP180. Il a été montré qu'un taux de 150 UI était discriminant pour différencier les patients à risque de RCIU (VPN 91 %).**

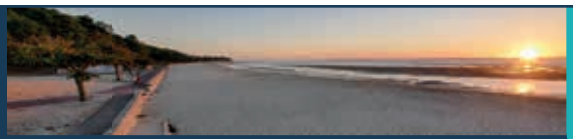
B. Non, car il existe bien une corrélation (cf. ci-dessus).

C. Non, car il existe bien des bulles néonatales mais cela est rare (≈ 3 %).

D. Non, car une recrudescence est habituelle en post-partum.

E. Non, car la récidive est quasi inéluctable lors des grossesses ultérieures.

NOUVELLE-AQUITAINE



ARCACHON Santé

ARCACHON SANTÉ RECRUTE UN MÉDECIN DERMATOLOGUE

Pour sa future Maison de spécialistes toute équipée, la Mairie d'Arcachon recherche plusieurs médecins (ophtalmologues, ORL, rhumatologues, gynécologues, psychiatres, dermatologues…).

Mairie d'Arcachon

Statut salarié - contrat ou vacation - temps complet/temps partiel.
Amplitude d'ouverture du service du lundi au samedi de 8h à 18h.
Équipement complet des cabinets médicaux.
Secrétariat - gestion des rendez-vous - administration
Rémunération attractive et évolutive.

Avantages liés à l'emploi : Tickets restaurant, prestations famille… Accompagnement personnalisé dans les démarches relatives au logement, à l'emploi du conjoint, à la scolarisation des enfants mineurs, à la garde d'enfants et l'accès aux équipements sportifs et culturels municipaux. Cadre de vie de qualité et sécure.

Contactez le recruteur
Virginie Lacombe au 05 57 52 98 47 ou par mail à virginie.lacombe@ville-arcachon.fr
https://www.instagram.com/arcachonsante/

LES JEUNES DERMATOS ONT DU TALENT

INTERVIEW DES GAGNANTS EADV QUIZZ

Samy BELKAID, Emmanuel RIBEREAU, Berin SILA BIRGEN, Robin ZAGALA

Pour la première fois, pendant l'EADV 2024 à Amsterdam, 18 équipes de 4 internes, représentant chacune un pays, se sont affrontées lors d'un quiz de dermatologie. C'est l'équipe française qui est sortie victorieuse : retour avec les 4 gagnants sur leur expérience.

Bonjour à tous les 4. Félicitations pour cette victoire éclatante lors de la première édition des EADV Games ! Pour commencer, comment s'est constituée votre équipe ?

Emmanuel.- Elle s'est construite en deux temps : Robin et Berin ont été les premiers à répondre à l'appel à candidature dès le mois de mai, informés par leurs coordonnateurs de DES. Samy et moi, de notre côté, n'avions pas vu passer cet appel mais avions déjà prévu d'aller à l'EADV. Lorsque l'on a appris qu'il manquait des participants en août, nous n'avons pas hésité à rejoindre l'équipe !

Vous connaissiez-vous tous avant ?

Robin.- Pas tout à fait. Je connaissais Emmanuel et Samy grâce à mon inter-CHU à Lyon, mais nous avons rencontré Berin pour la première fois lors de la compétition. Une très belle rencontre qui a été un vrai atout pour notre équipe !

Berin.- C'est vrai ! Je les ai rencontrés pour la première fois à peine 2 heures avant le début du jeu. C'était ma première épreuve : les reconnaître dans la foule !

67

Vous êtes plutôt team “révisions assidues” ou talent inné ?

Emmanuel.- Franchement, c’était assez improvisé. Entre des soucis d’organisation et l’incertitude sur notre participation jusqu’au dernier moment, nous ne nous sommes pas entraînés du tout… ni seuls, ni ensemble ! Fort heureusement, nous avions tous déjà participé aux JDP Quiz, ce qui nous a beaucoup aidé.

En quoi cette expérience des JDP Quiz vous a-t-elle aidé aux EADV games ?

Samy : Le format est très similaire : réactivité sur le buzzer, réponse rapide sous pression. Et c’est encore Frédéric Caux qui était à la présentation, cette fois accompagné de l’australienne Dedee Murrell ! La principale différence, évidemment, c’est qu’il fallait répondre en anglais. Toutefois, le fait d’avoir déjà participé à ce format d’évaluation a joué en notre faveur, surtout face à des équipes non francophones qui découvraient ce type de quiz.

Et l’ambiance ? Racontez-nous !

Emmanuel.- La salle était moins impressionnante que celle des JDP mais l’ambiance était là ! Les jeux ont commencé avec une mise en scène sur le thème de Rocky, avec les deux présentateurs dans un faux match de boxe.

Berin.- J’ai adoré le côté international… Ayant deviné mes origines, l’équipe turque nous a encouragé tout au long du jeu !

Robin.- Côté préparation, c’était une autre histoire… Nous pensions que les tee-shirts seraient fournis comme aux JDP, mais non ! Toutes les autres équipes avaient des tenues assorties (le Portugal avait des maillots de foot au nom de leur équipe…). De notre côté, nous avons fait au mieux au dernier moment avec nos tenues bleu-blanc-rouge (si vous regardez bien sur nos photos, vous pouvez voir le grand Emmanuel à l’étroit dans une veste appartenant à Berin) et le montage photo présentant le nom de notre équipe “The Dermolympic Peau’Wer” est une création venant de l’application snapchat, du grand art !

S’il y a un mot qui décrit bien l’équipe française, c’est… Artisanal !

Ca aurait pourtant pu être une sacrée pression de représenter la France pour cette première édition… Vous n’avez donc ressenti aucun stress ?

Robin.- Malgré l’absence de préparation, nous n’avons pas vraiment ressenti de pression. Pour être honnête, nous étions même en retard à notre test technique !

Nous savions déjà à quoi nous attendre. La salle était plus petite et donc moins impressionnante que celle des JDP Quiz. De plus, nous n’avions pas le stress de savoir nos professeurs et co-internes dans la salle puisque peu de monde avait pu faire le déplacement jusqu’à Amsterdam.

À noter aussi, la pression est redescendue après avoir su qu’il n’y avait pas de lot à gagner excepté une petite coupe (nous sommes certes invités l’année prochaine, sans la prise en charge des frais de transport / hôtel)… Mais notre esprit de compétition à vite pris le dessus ! La victoire est un lot qui en vaut la chandelle !

Quels conseils donneriez-vous aux candidats aux EADV Games 2025 ?

Emmanuel.- La barre sera haute l'an prochain ! Ce sera à domicile et les équipes seront mieux préparées.

Berin : C'est vrai, mais faites-vous confiance : les JDP Quiz sont une excellente préparation. Conseil d'expert : n'oubliez pas d'avoir un préposé au buzzer efficace et quelqu'un qui sait crier les réponses clairement !

Qu'est-ce que vous changeriez si vous pouviez y retourner ?

Emmanuel.- Il nous semblerait important que les prochaines équipes soient financées par une instance comme le CEDEF ou la SFD, car les frais à avancer - notamment dans une ville aussi chère que Amsterdam - peuvent être insurmontables pour un interne. Nous avons eu la chance, malgré l'organisation de dernière minute, de pouvoir être financés par le CEDEF, ce qui n'était initialement pas certain. Nous les en remercions. Certains d'entre nous n'auraient peut-être pas pu participer sans cette aide : il est important que cela se pérénise !

Et si l'EADV nous lit : Si vous voulez que nos gagnants français remettent la coupe aux lauréats 2025, ils sont disponibles... Et cette fois, ils viendront (mieux) préparés !

LE GRAND ORAL DES DERMATOS, EN COLLABORATION AVEC PIERRE FABRE DERMOCOSMÉTIQUE

À l'occasion des JDP a eu lieu le nouveau concours d'éloquence organisé par la FDVF en partenariat avec les marques Avène, A-Derma et Ducray du groupe Pierre Fabre.

Qui était le meilleur orateur parmi nos 10 jeunes dermatologues sélectionnés ?

Devant un jury émérite, ils avaient 3 minutes pour convaincre et sublimer leur thèse par leur ÉLOQUENCE, leur ORIGINALITÉ et leur SINGULARITÉ.

Grand prix d'éloquence : Romain BOISSEAU, CHU de Limoges, *Étude BIOPB : Traitement de la pemphigoide bulleuse par biothérapie. Étude rétrospective au CHU de Limoges.*

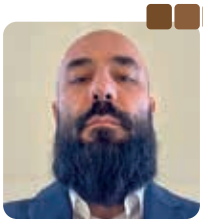
Prix de l'originalité : Andréa LOPES, CHU de Reims, *Efficacité de l'ustekinumab dans la pemphigoide bulleuse associée à la dermocorticothérapie selon un schéma court : étude multicentrique.*

Prix du public : Edouard MASSIP, CHU de Lille, *MPOX : caractéristiques épidémiologiques, cliniques et parcours de soins lors de l'épidémie 2022 à l'échelle de la métropole lilloise.*

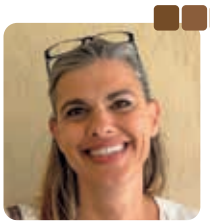
LABORATOIRES Pierre Fabre

VIGNETTE DERMATO-PATHOLOGIE

Olivier PHILIP
Docteur Junior
en Dermatologie
Lille



N. MACAGNO
Dermatopathologiste
CHU La Timone
Marseille



S. MALLET
Dermatologue
Pédiatre
CHU La Timone
Marseille

HISTIOCYTOFIBROME CELLULAIRE AGRESSIF ET RÉCIDIVANT

Un enfant de 8 ans, sans antécédent, consultait pour un nodule tumoral pigmenté centimétrique de l'épaule, évolutif depuis 6 mois, induré et sensible à la palpation (Fig. 1A). L'exérèse confirmait le diagnostic suspecté d'histiocytofibrome (Fig. 1B). L'enfant était revu un an après devant une récidive de la lésion sur la cicatrice initiale et l'apparition de 2 nodules en regard de la tête humérale. L'exérèse large de la cicatrice et des 2 lésions périphériques était en limite non saine obligeant un geste complémentaire délabrant avec reconstruction par greffe de peau (Fig. 1C et 1D). Le suivi clinique et radiographique par IRM avec un recul d'1 an était rassurant.

L'histiocytofibrome est une tumeur cutanée conjonctive banale et fréquente. Nous rapportons un cas pédiatrique avec une agressivité locale exceptionnelle. Le diagnostic d'histiocytofibrome est clinique. Il touche généralement l'adulte jeune avec une atteinte préférentielle pour les extrémités (inférieures ++) mais aussi le tronc. La présentation clinique est variée mais il s'agit classiquement d'une papule ou d'une

Fig. 1A : aspect clinique initial

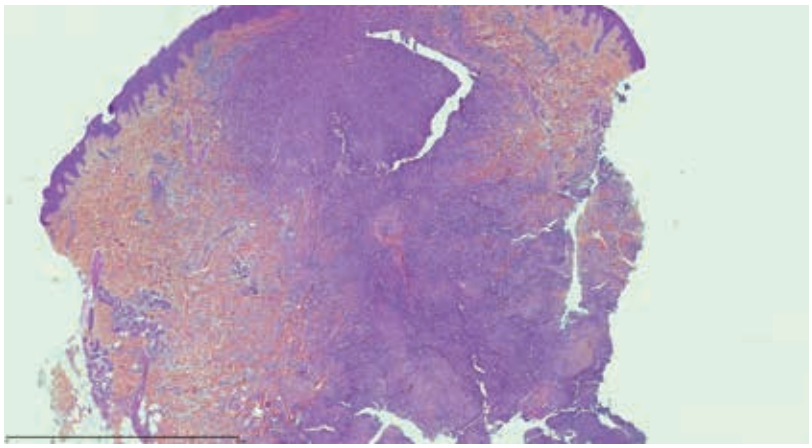


Fig. 1B : examen histologique initial

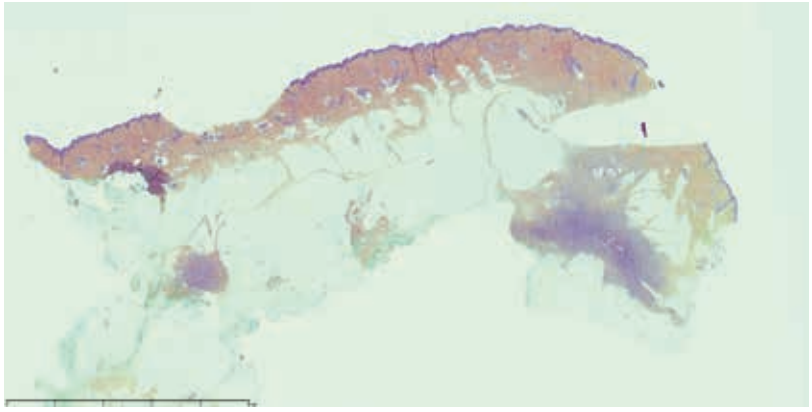


Fig. 1C : étude de la récidive avec Mohs positif

Fig. 1D : Rançon cicatricielle à 18 mois du geste opératoire

plaque, unique, rosée ou pigmentée, infracentimétrique et indolore. Des formes éruptives et multiples sont décrites mais sont rares. L'apport de la dermoscopie peut être utile (réseau pigmenté avec cicatrice blanche centrale). Sur le plan pronostique, la majorité des histiocytofibromes sont des lésions bénignes (récidive <1 % si exérèse complète). La taille > 1 cm et l'exérèse incomplète sont des facteurs de risque de récidive. Notre lésion mesurait 6 mm après rétraction et l'exérèse était au ras.

En cas de doute diagnostique, l'exérèse avec examen anatomopathologique confirme facilement le diagnostic. C'est une tumeur conjonctive à cellules fusiformes de siège dermique, de densité cellulaire décroissante du centre vers la périphérie. Des modifications épidermiques (hyperplasie) s'y associent, avec hyperpigmentation basale (Fig. 2A). L'infiltration périphérique dissociant les trousseaux collagènes qui deviennent hyalins (teinte du collagène plus orangée voire éosinophile par rapport au derme adjacent) est la clef diagnostique (mais non spécifique) (Fig. 2B). Aucun examen immunohistochimique n'est nécessaire dès lors que l'aspect est typique. Néanmoins, en cas de besoin, il faut savoir que le marquage HMGA2 est positif dans > 70 % des cas et CD34 est négatif au centre avec rehaussement périphérique, ce qui permet de faire la distinction avec un dermatofibrosarcome qui présente une forte expression de CD34.

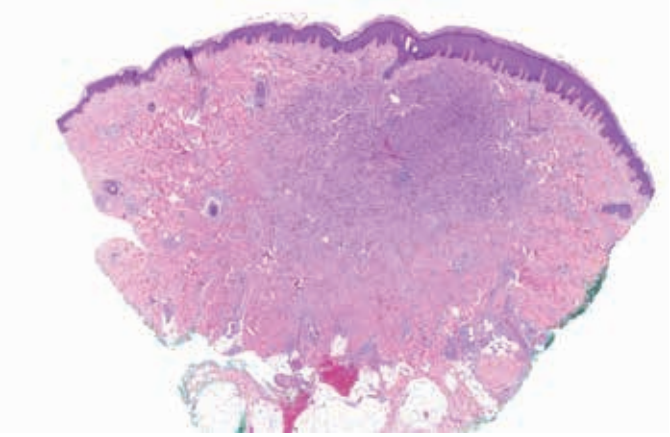


Fig. 2A : Cellules fusiformes de siège dermique, de densité cellulaire décroissante du centre vers la périphérie, avec modifications épidermiques (zoom)

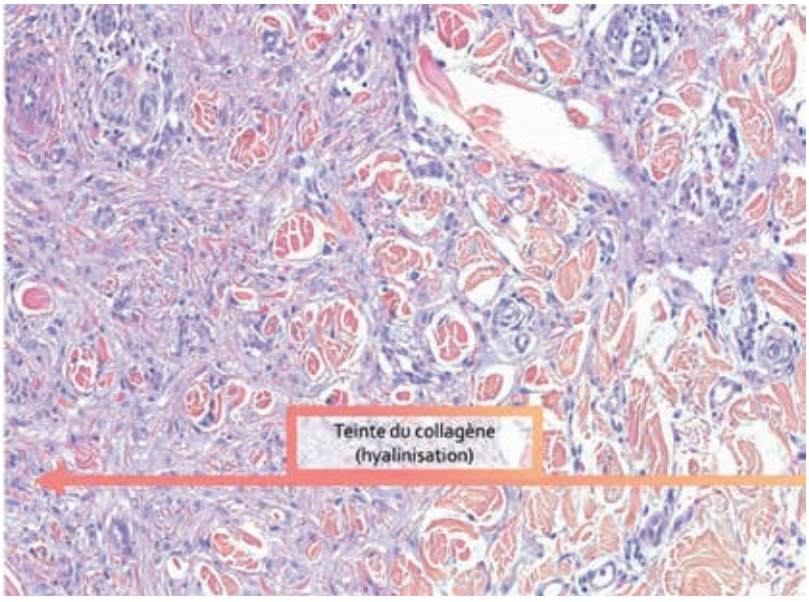


Fig. 2B : Infiltration périphérique dissociant les trousseaux collagènes qui deviennent hyalins

La biologie moléculaire n'est requise qu'en cas de diagnostic difficile, comme dans notre cas. La mise en évidence de gène de fusion du gène *PRKCG* (*PDPN::PRKCG, CD63::PRKCG et LAMTOR1::PRKCG*) confirme le caractère clonal de ces lésions attribuées historiquement à un processus réactionnel (folliculite, piqûre d'insecte...).

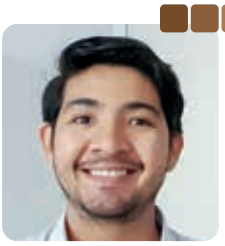
Trois formes histopathologiques rares doivent être connues car associées à un risque plus élevé de récidive (10-20 %) : les histiocytofibromes cellulaires, anévrismaux et pléomorphes. La relecture de notre cas concluait à un histiocytofibrome anévrismal et cellulaire cutané. De rares formes malignes sont également décrites avec récidive locale et métastatique pouvant engager le pronostic vital. L'évolution métastatique a été exceptionnellement rapportée pour un dermatofibrome de morphologie classique, sans association à aucun critère histologique péjoratif, ce qui souligne les limites de l'examen histopathologique.

Réalisées dans certains centres experts, des signatures transcriptomiques peuvent être utilisées pour apprécier le risque évolutif de lésion conjonctive rare, à l'instar du score CINSARC et de la signature transcriptomique G2/M du cycle cellulaire, qui étaient tous deux faibles dans le cas présenté.

Les trois formes d'histiocytofibromes à risque sont à connaître et à prendre en charge comme des lésions pouvant récidiver localement : il reste à définir les critères cliniques qui pourraient faire évoquer une lésion davantage à risque de récidive. Ceci fait actuellement office d'une étude multicentrique, coordonnée par notre équipe marseillaise.

VIGNETTE DERMATO-IMAGERIE

JL. PERROT
Dermato-Oncologie-Allergologie,
CHU NORD,
Saint-Etienne, France



C. DORADO CORTEZ
Dermato-Oncologie-Allergologie,
CHU NORD,
Saint-Etienne, France

K. VELIA[1] **A. BERAL**[1] [1] Dermato-Oncologie-Allergologie, CHU NORD, Saint-Etienne, France

L'ART DU DIAGNOSTIC EN HAUTE RÉSOLUTION : UN CAS CLINIQUE MULTIMODAL

Saviez-vous que la dermoscopie à lumière polarisée nous permet d'acquérir des capacités visuelles similaires à celles des insectes ? Des chercheurs ont découvert que les yeux composés d'insectes, tels que ceux des abeilles, détectent des motifs subtils et la lumière polarisée, leur permettant ainsi de s'orienter efficacement.

Pour le dermatologue, il s'agit de s'orienter sur la peau de nos patients et de découvrir, non pas du nectar, mais des mélanomes grâce à la dermatoscopie polarisée, qui améliore la visualisation des structures cutanées.

Pour débuter cette nouvelle année, nous vous présentons le cas d'une jeune patiente enceinte de 6 mois, venue consulter en urgence. Elle signalait une modification récente d'un « grain de beauté » présternal connu, évoluant depuis quelques semaines (Figure 1A).

Nous avons analysé cette lésion suspecte à l'aide d'une dermatoscopie avec une lumière polarisée réalisée à l'aide du système Horus HS600 (Adamo®, Trapani, Italie). L'examen dermatoscopique a mis en évidence un patron mélanocytaire multi-composé, avec des globules de différentes couleurs répartis de façon irrégulière, des pseudopodes atypiques, des structures en chrysalide, un voile blanc-bleu, des signes de régression et un réseau inversé (Figure 1B).

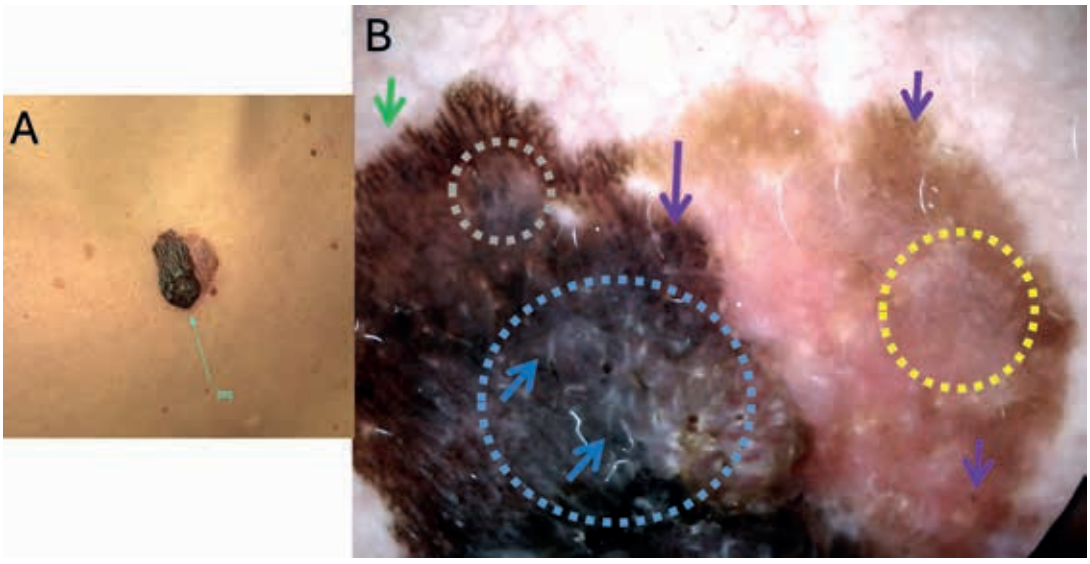


Figure 1A : Présentation clinique d'une lésion pigmentée atypique située au niveau dorsal, évoluant à partir d'un naevus dermique de type molluscoïde connu. Figure 1B : Dermoscopie polarisée (X20) révélant plusieurs motifs atypiques : pseudopodes (flèches vertes), globules (cercle violet), réseau inversé (cercle jaune), voile bleu-blanc (cercle bleu), zone de régression (cercle gris) et chrysalides atypiques (flèche bleue).

Pour confirmer le diagnostic chez cette femme enceinte, nous avons réalisé un examen en microscopie confocale (Vivascope 3000, Mavig, Munich, Allemagne). Cet examen a mis en évidence la présence de cellules rondes de grande taille, hyperréflectantes, en ascension pagétoïde dans l'épiderme, ainsi qu'une jonction derme-épiderme totalement désorganisée par des cellules atypiques (Figure 2).

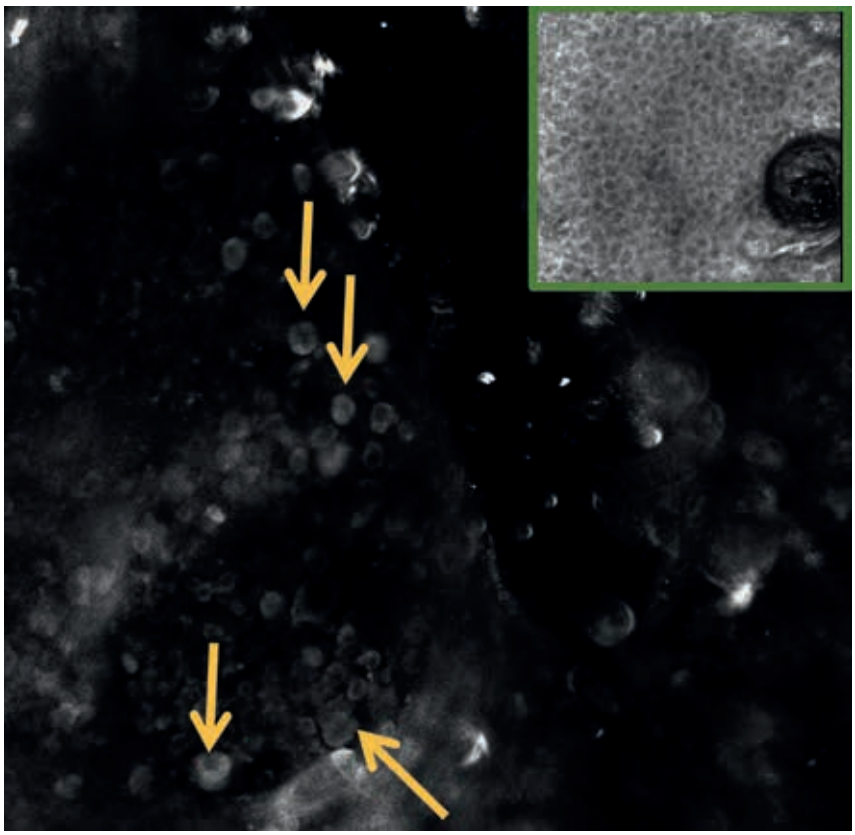


Figure 2 : Image en microscopie confocale montrant de volumineuses cellules rondes hyperréflectantes en ascension pagétoïde dans l'épiderme (flèche orange). En comparaison, une image confocale normale de l'épiderme révèle un patron homogène en nid d'abeille (encadré vert).

Pour une vue tridimensionnelle, nous avons utilisé le LC-OCT (DAMAE, Paris, France). Cette analyse a confirmé une invasion dermo-épidermique par de grosses cellules rondes atypiques, isolées, regroupées en amas dermiques ou disposées en thèques, désorganisant l'épiderme et détruisant la jonction dermo-épidermique. Ces amas sont associés à des arcs noirs correspondant au signe du clefting (Figure 3).

Ce cas illustre l'intérêt des technologies modernes dans le diagnostic des lésions cutanées suspectes. Grâce à la dermatoscopie polarisée, la microscopie confocale et le LC-OCT, nous avons pu analyser cette lésion en détail. Comme quoi, avoir des « yeux d'abeille » peut parfois changer la donne et affirmer un diagnostic dans des conditions psychologiques très particulières !

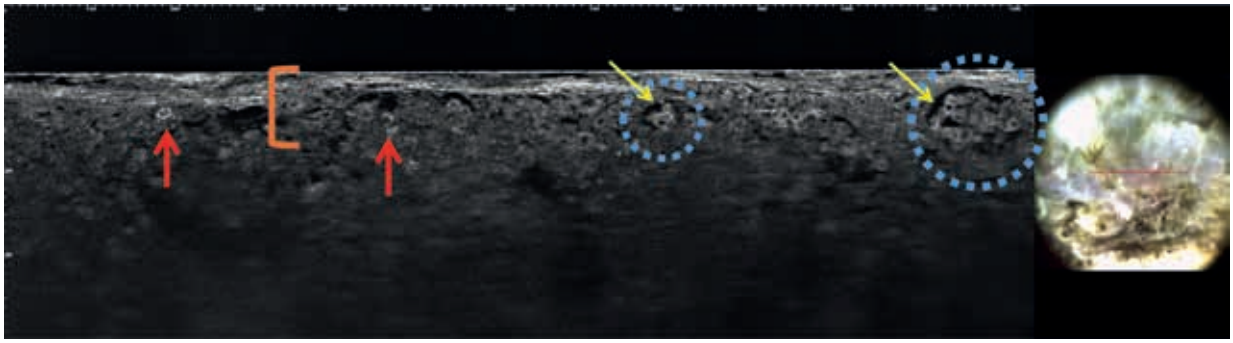


Figure 3 : Colocalisation LC-OCT et dermoscopie confirmant la destruction de la jonction dermo-épidermique (crochet orange), la présence de cellules atypiques isolées en ascension pagétoïde (flèches rouges), ainsi que des amas cellulaires ou thèques détruisant la jonction (cercle bleu), associés à un clefting (flèches jaunes).

DERMAGROUP
DERMATOLOGIE

Rejoignez l'avenir de la dermatologie
avec DermaGroup

Vous êtes
chef de clinique ou praticien dermatologue ?

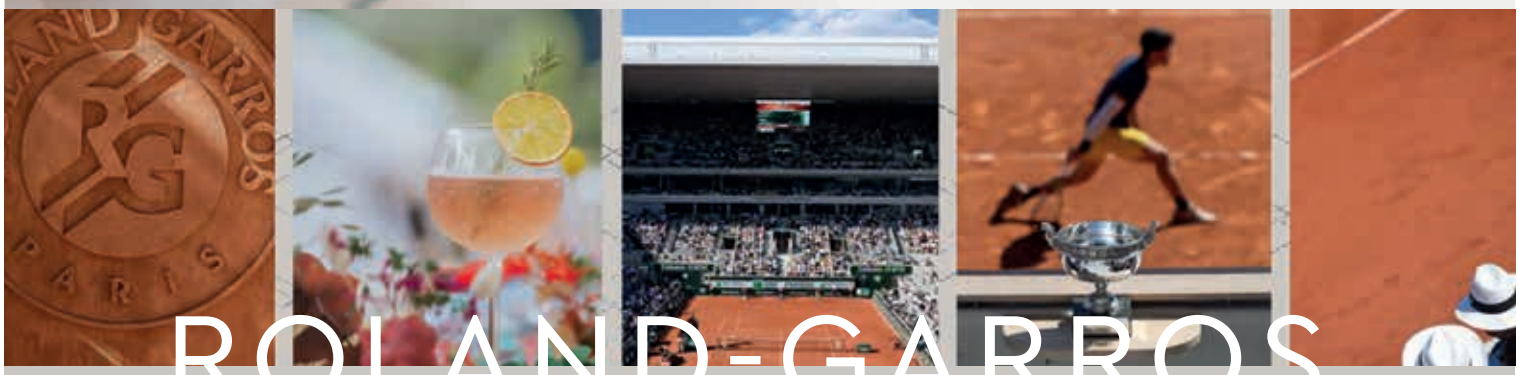
Vous souhaitez exercer dans des conditions optimales avec des moyens humains et technologiques importants ?

DermaGroup est là
pour vous accompagner

DermaGroup se consacre à la création et la gestion de centres d'excellence en dermatologie en France.
Vous bénéficierez d'une structure clé en main **conçue pour vous** et avec vous pour optimiser votre pratique médicale et booster votre efficacité.

Notre charte qualité

- ✔ **Des centres de soins ultramodernes :** équipés des dernières technologies
- ✔ **Un parcours de soins** pensé pour simplifier votre exercice
- ✔ **Un accompagnement sur-mesure :** pour vous permettre de vous concentrer sur votre expertise en déléguant les aspects organisationnels



ROLAND-GARROS

Exprimez vos ambitions en quelques clics
et venez nous rencontrer...

Réinventons la pratique dermatologique.

Pour cela scannez le QR code et tentez de décrocher votre place à Roland Garros lors d'une soirée exclusive avec DermaGroup.

Places catégorie Or et dîner gastronomique.

Vous pouvez aussi nous contacter directement :

@dermagroup.cliniques

dermagroup.fr

DL5 et l'UV. Les couleurs cachées, enfin visibles.

© 2025 All rights reserved. DermLite is a registered trademark | See dermlite.com/patents for more details.

SVR

LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

RETROUVEZ NOTRE WEBINAR SUR LES **PERTURBATEURS ENDOCRINIENS** SUR L'APPLICATION

SVR MED

PEAUX SÈCHES À TENDANCE ATOPIQUES

BAUME PROTECT+ TOPIALYSE

LA PEAU APAISÉE LES YEUX FERMÉS

- ✓ Réparation, protection 48h[1]
- ✓ Testé perturbateurs endocriniens[2]
- ✓ 98% d'ingrédients d'origine naturelle

1- Test instrumental, 12 volontaires. 2- SVR S'ENGAGE. Testé sur les mécanismes endocriniens (oestrogéniques, androgéniques et thyroïdiens). Tests réalisés par un laboratoire indépendant, expert de la perturbation endocrinienne.