



www.fdvf.org

RJD

LA REVUE
DES JEUNES
DERMATOLOGUES

0 3

DERMATO
WANTED!



Le grand sujet

La démographie médicale

Sciences et beauté

L'exemple de la thérapie par masques LED

Vos engagements

Protection solaire au Hellfest : les FDVF s'en mêlent

ÉDITO



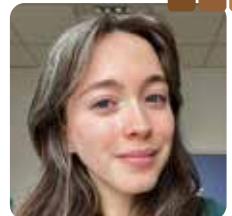
Kim BERNARD

Interne en Dermatologie à Paris
Secrétaire générale de la FDVF
Co-rédactrice en chef de la Revue
des Jeunes Dermatologues



Claire LESPORT

Interne en Dermatologie à Grenoble
CM de la FDVF
Co-rédactrice en chef de la Revue
des Jeunes Dermatologues



Albertine LYNCH

Interne en Dermatologie à Lyon
Secrétaire générale de la FDVF
Co-rédactrice en chef de la Revue
des Jeunes Dermatologues

Chères lectrices, Chers lecteurs,

Un petit coup de blues en cette fin d'été ? Pas de panique, la RJD n°3 est là pour vous accompagner dans cette rentrée des classes !

Cette troisième édition marque la pérennisation de votre Revue des Jeunes Dermatologues.

Après l'enthousiasme suscité par les deux premières éditions, nous avons encore mis tout notre cœur et notre énergie dans la réalisation de celle-ci. Notre objectif : vous informer, vous former et vous divertir.

Au sommaire de cette édition :

Une rencontre inspirante avec le **Pr Staumont**, dermatologue accomplie, qui partage avec nous son riche parcours ainsi que sa recherche d'épanouissement en tant que femme dans sa vie professionnelle et personnelle.

Dans la désormais habituelle rubrique **Se former en dermatologie**, vous retrouverez un retour sur la participation de vos représentants formation aux États Généraux de la Dermatologie d'avril 2025, organisés au ministère de la Santé. Vous y découvrirez également toutes les informations essentielles sur le DIU de dermatologie esthétique, laser et cosmétologie, afin de répondre à vos questions sur cette formation moins connue des jeunes dermatologues. Côté recherche, zoom sur une pathologie rare et intrigante : le syndrome de Sézary. Enfin, le résumé des JACC de juin vous y attend pour que vous soyez informé des dernières actualités en onco-dermatologie !

La rubrique **Science et Beauté** fait elle aussi son grand retour avec un sujet étonnant : l'utilisation des LED en dermatologie. Vous pourrez ainsi répondre à toutes les interrogations de vos patients les plus fashion !

Entre métal et crème solaire, ambiance hardrock au programme avec le Hellfest, auquel certains membres du bureau ont participé en tant que bénévoles pour la prévention solaire.

Enfin, l'association Naevus 2000 nous présentera ses actions sur le terrain.

Le **grand dossier** explorera un sujet au cœur des préoccupations actuelles : la démographie des dermatologues français. Mythe ou réalité ? Nous vous donnons les chiffres clés et les perspectives pour mieux appréhender ces enjeux.

Pour clôturer ce numéro, nous avons sélectionné des articles récents dans **notre biblio flash**, des cas cliniques d'intérêt pour tester vos connaissances ainsi que vos habituelles vignettes pédagogiques : **dermato-imagerie et dermato-pathologie**.

Nous souhaitons vous remercier encore une fois pour vos retours chaleureux sur les deux premières éditions qui nous motivent à aller toujours plus loin dans nos projets et nos envies. Si vous souhaitez rejoindre l'aventure, n'hésitez pas à nous contacter : **l'équipe s'agrandit avec plaisir !**

Au nom de toute la FDVF, nous vous souhaitons une excellente lecture !

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

SOMMAIRE

RJD LA REVUE DES JEUNES DERMATOLOGUES

0 3

- 06** **Agenda de la FDVF**
- 07** **Interview du Pr Delphine STAUMONT-SALLÉ**
- 11** **Se former en Dermatologie**
 - Ma vie d'interne : Retours sur les états généraux de la dermatologie
 - Présentation du DIU de Médecine Esthétique
 - Zoom sur une recherche
 - Résumé du congrès JACC 2025
- 22** **Science & Beauté**
 - L'exemple de la thérapie par masques LED
- 24** **Vos engagements**
 - Protection solaire au Hellfest : les FDVF s'en mêlent
- 26** **Associations en action**
 - NAEVUS 2000
- 31** **Le grand sujet**
 - Démographie en dermatologie en 2025 : état des lieux et perspectives
- 37** **Le journal club de la FDVF**
- 43** **Testez vos connaissances**
- 48** **À travers la peau**
 - Vignette dermato-pathologie
 - Vignette dermato-imagerie
- 53** **Les jeunes dermatologues ont du talent**

FDVF - Futurs Dermato-Vénérologues de France
E-mail : contact@fdvf.org - Site : www.fdvf.org



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

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 | contact@weatipik.com

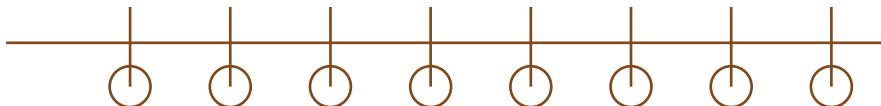
Crédit Photos : 123RF, Adobe Stock, FDVF

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.



AGENDA



Septembre

- **10-13 septembre**
54^{ème} ESDR (réunion annuelle de la Société Européenne de Recherche Dermatologique), **Antwerp, Belgium**
- **11-12 septembre**
Séminaire onco-dermatologie CEDEF, **Paris**
- **17-20 septembre**
Congrès EADV (European Academy of Dermatology et Venerology), **Paris**
- **18 septembre**
Congress of the European college for the Study of Vulval Disease, **Hambourg**
- **19 septembre**
Séminaire obligatoire Dermoscopie session 1, CEDEF, **Distanciel**

Octobre

- **3-5 octobre**
6^{ème} congrès annuel FDVF, **Présentiel à Lyon ou distanciel**
- **3 octobre**
37^{ème} Journée Marseillaise de dermatologie pédiatrique Jean Devaux, **Marseille**
- **4 octobre**
Journée 2025 SFD Psychosomatique, **Paris**
- **9 octobre**
Quatre saisons de la SFD, **Paris**
- **10 octobre**
Journée de Dermatologie Esthétique (JDE), **Paris**
- **15-17 octobre**
GERDA, **Lyon**
- **16-17 octobre**
JIRD (Journée Intéractives de Réalités thérapeutiques en Dermatologie), **Paris**
- **28 octobre**
Webinaire FDVF : dermoscopie, **distanciel**

Novembre

- **6 novembre**
28^{ème} Journée de Dermatologie Pédiatrique, **Lyon**
- **8 novembre**
Cours de la SFLD : Le laser pour le poil et les annexes et Formation des assistantes laser, **Paris**
- **27 novembre**
Webinaire FDVF : Best of cas cliniques les plus trompeurs, **distanciel**
- **Tout le mois de novembre**
Séminaire obligatoire IST, CEDEF

Décembre

- **2-6 décembre**
Journées Dermatologiques de Paris, **Paris**
- Webinaire FDVF, date à venir

Janvier

- **9-10 janvier**
Séminaire optionnel Dermatologue, un Métier, des Avenirs, CEDEF, **Paris**
- **15 janvier**
Quatre saisons de la SFD, **Paris**
- **22-23 janvier**
31^{èmes} Rencontres de Dermatologie des Pays Alpins, **Chamonix**
- **30 janvier**
1^{er} Symposium de l'Association Française pour le Traitement et l'Etude du Prurit
- Webinaire FDVF, Onco-dermatologie, date à venir

Février

- **5 février**
3^{ème} journée du Groupe DEFI (dermatoses faciales), **Paris**
- **12 février**
Les Journées Atlantiques de Dermatologie Pédiatrique, **Nantes**
- Webinaire FDVF, Trichoscopie, date à venir

Mars

- Webinaire FDVF, Muqueuses génitales, date à venir

Save
the Date

INTERVIEW

INTERVIEW DU PR DELPHINE STAUMONT-SALLÉ



Camille BUZA

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



Olivier PHILIP

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



Pr Delphine STAUMONT-SALLÉ

PUPH, Service de Dermatologie
CHU de Lille - Hôpital Claude Huriez



Camille BUZA.- Pouvez-vous vous présenter en quelques mots, de la façon dont vous le souhaitez ?

Pr Delphine STAUMONT-SALLÉ.- Je suis Delphine Staumont-Sallé, un pur produit du nord de la France. Je suis née à Roubaix et j'ai grandi dans l'Avesnois, une campagne tranquille du sud-est du département du Nord. Aujourd'hui, je vis et travaille à Lille, une ville qui fait partie de ma vie autant que de mon identité. D'un point de vue professionnel, je suis PUPH en dermatologie au CHU de Lille, surspécialisée en allergologie et en immunologie, avec une expertise en particulier dans la dermatite atopique, les toxidermies et les éosinophiles. Sur le plan personnel, je suis mariée, mère de deux enfants et de Jean Ulysse, mon chat... Je vais en décevoir certains : Jean Ulysse n'a pas de compte Instagram !

C. B.- Quel a été le moment décisif ou fondateur dans votre parcours vers la dermatologie ?

Pr D. S.-S.- Le choix de devenir médecin a toujours été une certitude pour moi. Pour autant, la dermatologie m'est venue assez tardivement. Je n'ai pas eu le « coup de foudre » pour ma spécialité. C'est plutôt elle qui m'a choisie, par hasard !

J'avais fait la demande de réaliser un stage au Canada en endocrinologie à la fin de l'externat. Étant donné

qu'ils ne pouvaient m'accueillir que deux mois, c'est par tirage au sort que je me suis retrouvée en dermatologie les deux autres mois. Pour ne pas vous mentir, au début je ne voulais pas y aller... mais au bout de 15 jours je suis tombée amoureuse de cette spécialité ! Un matin, je me suis réveillée en me disant : « Je veux faire de la dermatologie ». Le soir

même, nos résultats d'externat sont sortis alors qu'ils devaient tomber quelques jours plus tard. Heureux hasard ? Alignement de planètes ? Quoi qu'il en soit, mes résultats me permettaient de choisir cette spécialité ! Le Canada a depuis une place particulière dans mon cœur.

INTERVIEW

C. B.- Le monde hospitalo-universitaire est souvent perçu comme compétitif et masculin. Y a-t-il eu des obstacles auxquels vous avez été confrontée au cours de votre parcours ?

Pr D. S.-S.- C'est une question qui mérite un certain recul. Effectivement, en tant que femme, il faut souvent se battre. Mais je pense que cette lutte ne se limite pas à la médecine ni à l'hôpital universitaire ; c'est une problématique qui touche l'ensemble de la société. Je pourrais vous citer de nombreuses femmes dans mon entourage qui, dans des secteurs très différents, ont dû se

battre pour trouver leur place. Je me considère chanceuse car je suis arrivée au moment où la médecine commençait à se féminiser. J'ai été témoin de ce moment charnière où la société a accordé plus de place et de responsabilité aux femmes.

Peut-être que j'ai été moins sensible à cette compétition aussi par mon caractère qui m'a permis de ne jamais me sentir inférieure à un

homme. Parfois, les femmes ont tendance à s'auto-censurer mais je crois qu'il est de notre responsabilité de rejeter ce sentiment et de s'assumer pleinement. Ma mère a joué un rôle fondamental dans cette émancipation : elle n'a pas pu réaliser la carrière qu'elle souhaitait, mais elle m'a toujours poussée à oser. C'est une vraie inspiration au quotidien.

C. B.- Vous considérez donc que les obstacles sont ceux subis globalement dans la société, sans spécificité du monde médical, mais avez-vous eu à vous imposer différemment en tant que femme ? Avez-vous ressenti des inégalités, explicites ou insidieuses ?

Pr D. S.-S.- J'ai pris ma place en tant que personne, non en tant que femme. Je ne me suis jamais considérée comme moins légitime. Je vais vous raconter une anecdote. Un

soir, lors d'une réunion où seuls des hommes étaient présents, mes collègues m'ont demandé avec beaucoup d'empathie si l'heure tardive ne risquait pas de me poser problème

à la maison. Je leur ai répondu en toute franchise : « J'ai fait comme vous, j'ai mon mari, et les nounous... je suis remplaçable ! ».

C. B.- Avez-vous eu des modèles ou mentors ? Des soutiens essentiels ?

Pr D. S.-S.- J'ai eu la chance d'être entourée de collègues qui m'ont soutenue, hommes et femmes confondus. Parmi mes mentors, je citerais Emmanuel Delaporte pour son expertise clinique et David Dombrowicz, avec qui j'ai travaillé au laboratoire de recherche. Leur respect pour la

conjugaison de ma vie professionnelle avec ma vie personnelle ont été essentiels pour moi. Tout comme mon amie Mahtab, je ne pourrais pas citer toutes les personnes m'ayant soutenue pour devenir PU-PH. Je tiens à adresser un mot particulier pour Martine Bagot qui a toujours

défendu mon dossier et qui incarne le combat pour la place des femmes en sciences. Il en est de même pour Pascal Joly et Selim Aractingi qui m'ont toujours fait confiance dans la période de préparation pour le CNU.

C. B.- Y a-t-il eu des moments où vous avez songé à renoncer ou à changer de cap ? À quelles ressources avez-vous fait appel dans ces moments ?

Pr D. S.-S.- Jamais de renoncement, mais parfois de la fatigue. La force mentale est un atout, mais personne n'est infaillible. Il y a eu des moments difficiles, notamment lorsque mes enfants étaient tout petits. J'ai eu ma fille Ella au milieu de l'internat et mon fils Gabriel au début de mon clinicat. Mon mari Marc est ophtalmologue. Nous alternions les gardes et obligations professionnelles. La vie s'enchaînait... Nous voulions cette

carrière, mais nous souhaitions aussi fonder une famille. C'est paradoxal car la famille peut être source de difficultés certes, mais c'est aussi une immense ressource. Elle permet de prendre du recul, de se recentrer et de ne pas se perdre dans la pression et les tâches professionnelles. Notre soutien et admiration mutuelle avec Marc a été indispensable. Il est pragmatique, toujours là pour me guider, pour me rappeler mes rêves malgré

la fatigue et la culpabilité qui pouvaient me submerger. Mes autres ressources essentielles ont été nos parents et les nounous, je les ai toujours cités dans mes remerciements de thèses ! Sans mon entourage, il m'aurait été impossible de réussir à tout concilier. Une autre ressource essentielle, ce sont les voyages lointains en famille ou à deux à chaque fois que c'est possible.

C. B.- Quelles ont pu être les réactions professionnelles à l'annonce de vos grossesses ?

Pr D. S.-S.- Leur accueil n'était pas toujours enthousiaste mais, avec le recul, je trouve que la véritable anomalie c'est l'absence de solutions de remplacement. L'hôpital et la société en général ne sont pas aidants pour mener de front des projets personnels, notamment en France.

C. B.- D'après vous, les choses évoluent-elles aujourd'hui ? Quel combat concret reste-t-il pour améliorer la représentation et l'écoute des femmes ?

Pr D. S.-S.- Évidemment, ça évolue. Et heureusement ! Ma fille, Ella, est une pro du féminisme. J'apprends beaucoup avec elle. Cela m'interroge et me pousse à me remettre en question. J'essaie d'évoluer grâce à elle.

C. B.- Comment avez-vous trouvé un équilibre dans votre vie professionnelle et personnelle ?

Pr D. S.-S.- L'image qui se dégage du monde universitaire est malheureusement souvent archaïque. Il faut rentrer dans un « moule ». Le PUPH

serait censé être de caryotype XY et impressionnant. Cette image résonne avec l'auto-censure dont on parlait juste avant. Pour ma part,

j'ai refusé de m'y conformer. J'ai une personnalité empathique et gentille. J'espère être restée fidèle à ce que je suis.

C. B.- Comment rendre la carrière universitaire plus attractive pour les femmes d'après vous ?

Pr D. S.-S.- Je crois qu'il est essentiel de partager nos expériences. Rassurer les jeunes femmes, les accompagner dans leurs projets. Le CNU doit continuer à évoluer comme il le fait actuellement dans une direction bienveillante et constructive. Je pense aussi qu'il serait intéressant de proposer un accompagnement sur le plan personnel dès le début de la carrière, une sorte de « compagnonnage ». Une ressource,

quelqu'un avec qui échanger, pour éviter de se sentir isolée dans ces moments où l'on n'a pas encore construit notre réseau. Mon principal conseil pour tous les candidats et candidates est de faire attention à l'épuisement, d'autant plus chez les femmes. On veut souvent mener beaucoup de choses de front et ce n'est qu'à l'épuisement qu'on se résout à abandonner. Il faut aussi désacraliser les choses. Être une

épouse, une maman, une cheffe de clinique, professeure, travailler au laboratoire... Je me flagellais dès que quelque chose se passait mal dans certains plans de vie mais, en réalité, tout est constamment en équilibre et c'est la qualité que nous devons privilégier, pas la quantité. Que ce soit au travail ou à la maison.

C. B.- Avez-vous déjà ressenti ce qu'on appelle aujourd'hui le syndrome de l'imposteur ? Si oui, comment l'avez-vous géré ?

Pr D. S.-S.- Le syndrome de l'imposteur... Je le connais par cœur celui-là ! C'est particulièrement au moment où je suis devenue professeure que je l'ai ressenti. L'euphorie du début laisse rapidement la place au

doute mais c'est ce doute qui permet de dépasser ses limites et de se remettre en question. C'est ainsi qu'on grandit. Ce sentiment d'imposteur est commun à de nombreuses prises de responsabilité. Je suis persuadée

que, dans le domaine hospitalo-universitaire, il fait partie du processus d'évolution. C'est ce que j'ai envie de dire aux jeunes dermatologues : vivez et assumez vos choix. Vous en serez fiers.

C. B.- Quel regard portez-vous sur les nouvelles générations de dermatologues ?

Pr D. S.-S.- Je leur porte un regard maternel, d'autant que mes enfants ont aujourd'hui à peu près le même âge qu'eux.

Je suis aussi impressionnée par votre curiosité et votre ouverture d'esprit. Je me sens souvent comme une "boomeuse". Il faut conserver

les côtés positifs de chaque génération. De mon côté, je cherche à transmettre la rigueur, la discipline et la responsabilité. Vous avez une capacité à questionner ce que nous pensions acquis. Ça nous pousse à nous remettre en question et à évoluer. Vous n'êtes pas dans la simple

critique mais plutôt dans l'effort de rendre les choses meilleures. C'est génial !

C. B.- Quels messages aimeriez-vous leur transmettre ?

Pr D. S.-S.- J'ai peur de l'individualisme. Je veux dire à votre génération de ne pas se couper des autres. Les réseaux sociaux, les webinaires, les visios ont facilité la communication, mais ils ont aussi diminué l'interaction réelle et le contact humain.

Mais heureusement, je ne vois aucun individualisme dans mon quotidien professionnel. J'ai l'impression d'être un véritable entraîneur d'équipe dans mon service !

Vous avez une capacité à questionner ce que nous pensions acquis. Ça nous pousse à nous remettre en question et à évoluer.

INTERVIEW

C. B.- Parmi tous vos projets, lesquels vous tiennent particulièrement à cœur aujourd'hui ?

Pr D. S.-S.- Continuer ce que je fais... c'est ce qui me tient à cœur. La recherche me passionne, en particulier mes travaux sur les éosinophiles. Mon projet le plus cher reste celui du registre Dermatite Atopique, que je considère comme mon "bébé". C'est

un projet sur lequel j'ai mis beaucoup de cœur et d'énergie, j'aime-rais continuer de le voir évoluer. Je veux aussi continuer à transmettre et contribuer au rayonnement de la formation lilloise. Par exemple, voir Frédéric Dezoteux devenir profes-

seur me donne l'impression d'avoir mis ma pierre à l'édifice. C'est un peu comme bâtir un héritage. Plus généralement dans ma vie professionnelle et personnelle, j'aspire à la sérénité et au calme.

C. B.- Une dernière question, si vous pouviez dire une chose à la Delphine Staumont jeune interne, ce serait quoi ?

Pr D. S.-S.- Ce conseil est un secret pour la RJD, un petit cadeau, que je n'ai jamais partagé avec quiconque, ni avec moi-même... J'aimerais lui dire : "Chère Delphine, je suis fière de toi".

C. B.- Une phrase ou une devise qui vous guide ?

Pr D. S.-S.- J'adore La Cité de la Peur, mais je crois que plus personne n'a cette référence. Je retiendrais donc plutôt cette phrase : "À l'impossible nul n'est tenu." Je prononce souvent cette phrase, mais avant de la finir, je suis déjà en train de réfléchir à comment réussir quand même à faire cette chose qui me paraît impossible !

C. B.- Un conseil essentiel à transmettre à nos lecteurs et lectrices, jeunes dermatologues en devenir ?

Pr D. S.-S.- Vous avez choisi le plus beau métier du monde. Cultivez-le.

**Vous avez
choisi le plus
beau métier
du monde.
Cultivez-le.**

C. B.- Quelle personne souhaiteriez-vous lire dans la RJD n°4 ?

Pr D. S.-S.- Je suis une fan inconditionnelle de Thierry Passeron. Clinicien brillant et chercheur de renommée internationale, il est aussi d'une gentillesse impressionnante. Thierry a trouvé un bel équilibre entre vie professionnelle exigeante et épanouissement familial. Et, cerise sur le gâteau, il est beau gosse... mais ça reste entre nous !



MA VIE D'INTERNE : RETOURS SUR LES ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA DERMATOLOGIE



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



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



Kim BERNARD
Interne en dermatologie à Paris
Secrétaire générale de la FDVF
Co-rédactrice en chef de la Revue
des Jeunes Dermatologues



Le 3 avril 2025, les quatre grandes instances de la dermatologie française – la SFD, le CEDEF, la FFFCEDV et le SNDV – se sont réunies pour organiser les tout premiers États Généraux de la Dermatologie, au Ministère de la Santé. Cet événement inédit, rassemblant praticiens hospitaliers et libéraux, associations de patients et certains médias, avait pour objectif de débattre collectivement de l'avenir de notre spécialité. Ayant été invitée afin de porter la voix des jeunes dermatologues, la FDVF vous propose un résumé de cette journée.

LES BESOINS SANITAIRES RÉELS ET RESENTIS DE LA POPULATION GÉNÉRALE

Coup d'envoi lancé par le Pr Marie Aleth Richard (Marseille) sur le caractère indispensable de notre spécialité devant près de 25 % des français se déclarant atteints d'au moins une dermatose. L'impact sur la qualité de vie de la population est à prendre en compte puisque 33 % des patients rapportent souffrir d'une limitation dans leurs activités quotidiennes, 50 % dans leur activité professionnelle (à l'origine d'arrêts de

travail à répétition) et 46 % d'anxiété ou de dépression secondaires à leur pathologie.

La demande croissante de consultations et de soins dermatologiques s'explique par l'augmentation de la prévalence de certaines dermatoses, le développement de traitements innovants, les politiques de sensibilisation aux cancers cutanés et la majoration de l'importance de l'image de soi dans les nouvelles généra-

tions. Du fait du vieillissement de la population, nous faisons face à une forte augmentation d'incidence des cancers cutanés. Ces constats nous invitent à repenser nos politiques de santé publique. Le dépistage de masse est de plus en plus contesté car non bénéfique en termes de mortalité dans les études scientifiques et entraînant une sursaturation des consultations de dermatologie.

PRÉSENTATION DES INSTANCES

Place ensuite à la présentation de chaque instance par son président : la Société Française de Dermatologie (Pr Gaëlle Quereux, Nantes), le Syndicat National des Dermato-Vénérologues (Dr Georges Reuter, Strasbourg, remplaçant le Dr Luc Sulimovic), le Collège des Enseignants en Dermatologie de France (Pr Caroline Gaudy, Marseille), la FFFCEDV (Dr Marc Reverte, Sainte-Maxime), le Conseil National Professionnel de Dermatologie et Vénérologie (Pr Frédéric Caux, Paris).



PIUSSANCE D'UNE DISCIPLINE, LE SOCLE

Lors de son intervention, le Pr Wolkenstein (Paris) a soulevé différentes problématiques rencontrées dans notre spécialité telles que la difficulté d'accès aux soins dermatologiques, la « désuniversitarisation » des CHU ou encore l'attractivité croissante de la médecine esthétique. La France compte actuellement seulement 5,9 dermatologues pour 100 000 habitants et ce nombre est voué à diminuer dans les prochaines années. Il est donc l'heure de « prévoir la mise en place d'une stratégie pour l'avenir ».

NOTRE PRATIQUE, NOS RÉSEAUX

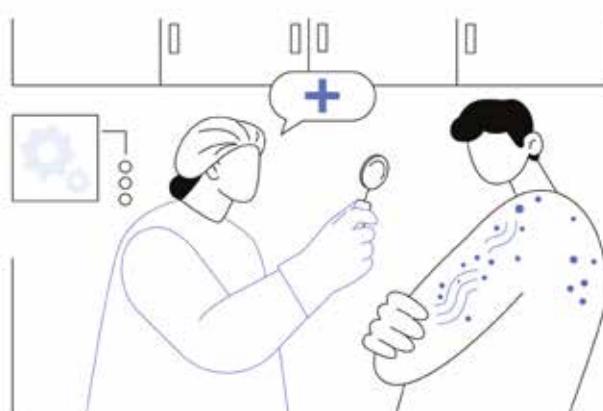
Le dermatologue libéral, nouveaux enjeux de la pratique

Les Dr Cristèle Nicolas (Île-de-France) et Véronique Bonnet (Guyancourt) nous ont partagé leur quotidien en tant que dermatologues libéraux. En détaillant leur emploi du temps, elles démontrent que la pratique libérale nécessite de porter plusieurs casquettes et de trouver assez de temps à consacrer à chacune de leurs activités (consultation, interventions chirurgicales, télé-expertise, gestion du cabinet, comptabilité...). Afin d'améliorer la prise en charge des patients et d'optimiser le temps du praticien, elles proposent des pistes pour le futur. Le développement des réseaux de télé-expertise est notamment évoqué afin de discerner les patients nécessitant une consultation dermatologique de ceux pouvant être pris en charge par leur médecin traitant. Est également proposée, la formation d'assistants médicaux dans le

but de participer à certains actes diagnostiques et thérapeutiques sous la responsabilité du praticien. La prise en charge d'adaptation des cabinets afin de disposer de plusieurs salles de consultation simultanément permettrait d'augmenter le nombre de patients pris en charge quotidiennement. Enfin, la réduction des prises en charge uniquement esthétiques leur apparaît pertinente. Il est cependant important de ne pas délaisser complètement ces pratiques au risque de les voir attribuer à des professionnels (ou non professionnels) insuffisamment formés.

Prévention des cancers cutanés, exemples d'actions des dermatologues libéraux

Les Dr Georges Reuter (Strasbourg) et Caroline Biver-Dalle (Saône) ont ensuite présenté les différentes campagnes conduites au niveau national et international par des dermatologues libéraux (SNDV et FFFCEDV) pour la prévention des cancers cutanés : semaines de prévention et de dépistage des cancers cutanés par le SNDV, "Juin Jaune" en Franche Comté par le FFFCEDV et "Mai Violet" pour la sensibilisation du grand public sur les dangers des UV.



La dermatologie hospitalo-universitaire, organisation, force et fragilité

Le Pr Saskia Oro (Paris) rappelle que la France est un des rares pays à disposer d'unités d'hospitalisation continue de dermatologie. La pluri-disciplinarité, le travail d'équipe, la qualité de la formation, la prise en charge de patients complexes, des urgences, de maladies rares ainsi que la recherche constituent les grandes forces de la dermatologie hospitalo-universitaire. Cependant, son attractivité est en baisse pour des raisons plurifactorielles. De nombreuses failles sont citées comme la fermeture de lits d'hospitalisation, l'allongement des durées de séjour pour des problématiques sociales (patients âgés, sans ressource, isolés), la méconnaissance du grand public des spécialités de la dermatologie hospitalière, la prise en charge de pathologies non dermatologiques que les autres professionnels de santé ne prennent pas en charge (ex : soins d'ulcère, pieds diabétiques). Les solutions proposées sont de majorer l'attractivité hospitalière, de développer la télé-expertise et les infirmiers en pratique avancée, d'augmenter les liens avec la médecine libérale pour permettre une bonne prise en charge en sortie d'hospitalisation, et de créer des consultations "avancées" en libéral pour les situations complexes nécessitant du temps mais pas une hospitalisation systématique.

LES BESOINS ET LES DONNÉES

Données démographiques

L'état des lieux démographique présenté par le Dr Isabelle Le Hir-Garreau fait l'office du Grand Sujet de cette édition que nous vous invitons à retrouver page 29.

Outils conventionnels modificateurs de la pratique

Le SNDV rappelle que la télémédecine peut être une des solutions contre les déserts médicaux à condition de l'intégrer à la journée du praticien par des temps dédiés et une valorisation suffisante, afin de ne pas risquer l'épuisement des soignants. Les Équipes de Soins Spécialisés (dont un exemple a été présenté par le Dr Laurence Ollivaud) et les assistants médico-techniques sont de nouveau cités comme des aides à valoriser.

La médecine esthétique, de la formation diplômante à la pratique du quotidien

Selon le Dr Isabelle Rousseaux (Lille), 66 % des dermatologues réalisent des actes de médecine esthétique. Pour 64 % d'entre eux, cela représente moins de 10 % de leur pratique. 5 % des spécialistes exercent plus de 90 % de leur activité en médecine esthétique. Ces dernières années, l'avantage financier attire de plus en plus les libéraux (toutes spécialités confondues). Selon les statistiques, la médecine esthétique est exercée à plein temps par environ 10 000 médecins généralistes contre un millier de chirurgiens plasticiens et environ une centaine de dermatologues. Il y a nécessité de réguler cette activité à la fois pour des raisons éthiques

que pour un souci de compétences cliniques. Depuis 2024, un DIU de médecine esthétique a été créé, pour protéger les patients, en réservant la pratique de la médecine esthétique à des professionnels correctement formés. Les professionnels de santé ne disposant pas d'un DES de dermatologie ou de chirurgie plastique devront à présent obligatoirement valider cette formation pour conserver le droit d'exercer des actes de médecine esthétique. Les modalités d'inscription sont restreintes à 60 candidats par an sélectionnés de façon nationale et anonyme.

RÉPONDRE AUX BESOINS ET AUX ENJEUX D'AVENIR

Actions et formations des médecins généralistes à la dermatologie courante par la FFFCEDV

Les Dr Céline Graveriau (Lyon) et Dr Françoise Truchot (Lyon) soulignent l'importance d'un lien entre médecins spécialistes et généralistes. La formation de ces derniers est indispensable afin d'éviter l'orientation systématique des patients vers un dermatologue pour des lésions bénignes. Ils participeraient ainsi au dépistage dermatologique et permettraient de désengorger les consultations des spécialistes. Des tables rondes entre médecins généralistes et dermatologues sont également proposées afin d'optimiser la prise en charge des patients et valoriser le travail d'équipe. Les réseaux de télé-expertise comme "DermaLyon" ou « Onco-Breizh » sont de bons exemples de projets confraternels permettant un accès aux soins rapide pour les urgences onco-dermatologiques rencontrées par des médecins généralistes.

Intégrer l'éco-responsabilité en dermatologie

Le Dr Anne-Céline Davaine (Morlaix) insiste sur l'empreinte carbone colossale du domaine de la santé, responsable de 8 % des émissions de gaz à effet de serre en France. Bien que la majeure partie de ces émissions soient dues à l'industrie pharmaceutique, chaque praticien peut participer à la réduction de son impact environnemental notamment en suivant les recommandations éditées par le groupe Envi'Derm de la SFD sur les cabinets éco-conçus.

Comment structurer une équipe de soins, l'exemple de la Bretagne : Le Dr Nicole Cochelin (Montfort-sur-Meu) nous a expliqué comment elle a structuré son équipe de soins coordonnés.

Projet de dermatologie itinérante, Mobil'Derm

Le Pr Marie Beylot-Barry (Bordeaux) a présenté le projet, soutenu par la SFD, de dermatologie itinérante. Une caravane se déplacera pour effectuer des consultations au plus proche des populations souffrant de la carence en dermatologues. Ce projet débuterait en Nouvelle-Aquitaine.



LA PAROLE DONNÉE AUX JEUNES

La FDVF était présente lors de cette séance de discussion autour de l'avenir de notre spécialité. Représentant plus de 1000 jeunes dermatologues, notre association fut au centre des échanges et des débats lors de la table ronde clôturant cette journée. Ce sont Angèle Lallement (Présidente) et Olivier Philip (Vice-Président Formation et Représentation) qui ont pris la parole pour présenter aux instances les résultats du sondage inédit, auquel vous avez participé en mars 2025, concernant vos choix de carrière, vos motivations et votre vision de l'avenir de la dermatologie. Nous vous présentons ici les données issues des 333 réponses obtenues.

Des attentes claires

Parmi les enseignements forts :

- **La dermatologie est choisie pour sa transversalité (89,8 %)**, sa richesse clinique (82,6 %), la qualité de vie attendue (79,3 %) et la possibilité d'un exercice mixte à la fois libéral et hospitalier (73,3 %). **L'attrait pour la médecine esthétique, souvent fantasmé, est en réalité très minoritaire (5,4 %).**
- Devenir dermatologue passe par la réalisation d'un post-internat pour 96,4 % des jeunes, tant pour permettre une mise en responsabilité progressive (compléter leur formation (93,8 %), avec parfois la peur de s'installer immédiatement en libéral (34 %)), que pour valoriser leur exercice futur (accès au secteur 2 (79,4 %), ou avoir accès à une carrière hospitalière (32,7 %) ou universitaire (5 %)).
- Des revendications statutaires émergent, notamment une harmonisation des congés (87,7 %) et des salaires (75,7 %) entre CCA et assistants, une meilleure clarté contractuelle (47,7 %) et un accès identique au secteur 2 pour tous (54,1 %).

Vers une dermatologie engagée et diversifiée

La pratique future envisagée est celle figurant ci-joint (Fig.1).

Les jeunes dermatologues, projetant un exercice libéral, ne souhaitent plus s'installer seuls en cabinet (2,5 %)

mais plutôt avec plusieurs confrères dermatologues (59 %) ou au sein de maisons de santé pluridisciplinaires (16 %). Seule une minorité de répondants compte effectuer des remplacements de manière prolongée avant de s'installer (10,8 %).

La carrière hospitalière est motivée par l'exercice d'une surspécialité (32,9 %) ou, au contraire d'une activité de dermatologie variée (37,8 %). De plus, l'encadrement de travaux universitaires (10,7 %) ou la pratique d'une activité de recherche clinique (13 %) en renforcent l'attrait. Il ne semble pas y avoir de différence majeure entre le désir d'exercice en CHU (33,2 %) ou en CH non universitaire (41,4 %).

Concernant la répartition d'activité parmi les domaines de la dermatologie :

- La **dermatologie inflammatoire** est plébiscitée par 94 % des jeunes pour occuper ≥20 % de leur temps de travail.
- L'**oncodermatologie** représentera ≥20 % de leur activité pour 67 % des interrogés notamment pour répondre aux enjeux de santé publique. Un fort engagement est à noter avec 19 % des répondants

se voyant y consacrer plus de 40 % de leur activité.

- **La dermatologie interventionnelle** est également bien intégrée dans les projets professionnels (≥ 20 % d'activité pour 63 % des répondants).
- La dermatologie infectieuse/vénérérologie et la dermatologie pédiatrique sont souvent annexées à une activité principale.
- La dermato-allergologie et l'activité "plaies et cicatrisation" semblent être considérées comme des surspécialités de recours.
- 50 % des interrogés désirent intégrer la médecine esthétique à leur pratique. Parmi eux, 90 % compte y consacrer <10 % de leur activité et aucun n'envisage y accorder plus de 30 % de son temps d'exercice.
- La télé-expertise s'impose comme un levier concret d'avenir pour répondre aux enjeux de démographie médicale avec 86 % des répondants souhaitant y participer.

Pour finir, nous avons souligné le désir des jeunes médecins de "**soigner, sans s'oublier**" en présentant le temps de travail envisagé dans le diagramme ci-dessous (Fig.2).

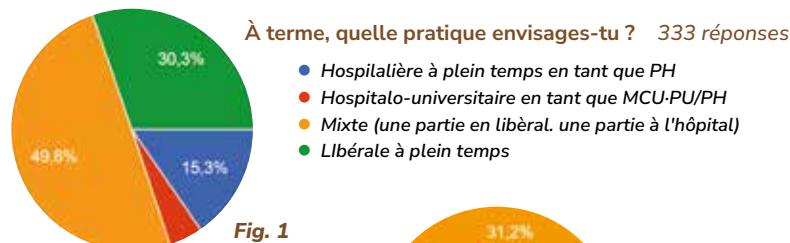


Fig. 1

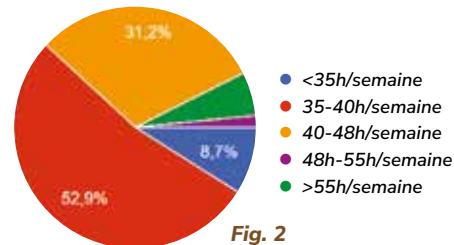
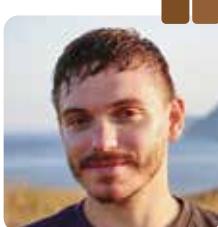


Fig. 2

EN CONCLUSION

Ces États Généraux marquent une étape fondatrice dans le dialogue transgénérationnel et entre les différentes instances et acteurs de soin en dermatologie. La FDVF continuera à porter la voix des jeunes dermatologues et à œuvrer pour une spécialité à la hauteur des défis à venir. Il nous reste à proposer collectivement des solutions concrètes aux décideurs publics, en vue d'accompagner notre spécialité vers un exercice médical efficace, humain et de qualité. La seule limite de ce temps dédié serait d'en rester là...

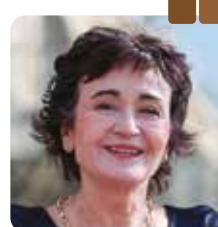
PRÉSENTATION DU DIU DE MÉDECINE ESTHÉTIQUE



Dr Marco GRASSI
Assistant spécialiste
en dermatologie
CHU de Limoges



Dr Georgio CHIDIAC
Dermatologue à Lyon



Dr Martine BASPEYRAS
Dermatologue, Bordeaux
Présidente du SFED



TÉMOIGNAGE DU DR MARTINE BASPEYRAS

Soyons honnêtes : je ne rêvais pas de dermatologie, et encore moins d'esthétique. C'est un peu le hasard qui m'a menée là. À mes débuts à l'hôpital Saint-Louis et à Henri Mondor, je faisais surtout de la chirurgie dermatologique. C'était la grande époque des lambeaux généreux et des reconstructions ambitieuses. Les cicatrices ? Majestueuses ! Nous étions de vrais artistes... à grands traits. Et puis, un jour, j'ai voulu améliorer ces cicatrices que je contribuais moi-même à créer. L'esthétique est entrée par cette porte, discrètement, mais pour rester.

Ma spécialité était aussi les dermabrasions du visage entier à la « meule » pour les cicatrices d'acné ; les résultats étaient remarquables, mais les suites lourdes pour le patient et le praticien ; les patients partaient le visage emmailloté de compresses et de bandes, dignes d'un film de momie !

Il y avait aussi les « nettoyages de peau » : on perçait, on grattait, on faisait peler (à l'acide trichloracétique)... pour améliorer nos traite-

ments anti-acnéiques. C'était technique, rigoureux, et déjà esthétique.

Il y a eu l'épilation à l'aiguille, longue, fastidieuse, minutieuse. Heureusement, le laser est arrivé, tel un sauveur high-tech, pour libérer nos yeux et nos patients.

Et puis, les injections sont apparues : pour les rides, mais aussi pour adoucir les cicatrices. Le flou entre thérapeutique et esthétique n'a cessé de grandir.

Couperose, acné, lentigos... quand commence la pathologie ? On soigne ou on embellit ? Les deux, très souvent.

Ce DIU, c'est l'occasion de plonger dans ce monde passionnant, entre science et sens artistique. Vous apprendrez à mieux connaître la peau, les phanères et leur entretien. Vous y apprendrez à peler, lisser, injecter, illuminer, et à prendre vos patients en charge de manière globale ; vous leur ferez du bien et ils vous le di-

SE FORMER EN DERMATOLOGIE

ront. Nous sommes les spécialistes de la peau dans tous ses états, restons-les !

À la clé, des connaissances solides, des échanges enrichissants, une rencontre avec vos aînés et du com-

pagnonnage pour la pratique, toujours dans la bonne humeur.

Parce que l'esthétique, c'est sérieux mais pas toujours solennel. Ma devise : « faire du travail sérieux sans se prendre au sérieux ».

Et le thème de nos Journées de Dermatologie Esthétique où je vous convie : « l'art du naturel, sublimer sans transformer ».

Au plaisir de vous croiser.

TÉMOIGNAGE DU DR MARCO GRASSI

« L'esthétique ? Moi, jamais. »

C'est ce que je pensais en début d'internat. Et puis j'ai vu la réalité : une demande croissante, des discours flous et une pratique souvent dévoyée hors du cadre médical. J'ai choisi le DIU de médecine esthétique pour reprendre la main : comprendre, cadrer, pratiquer avec exigence. Cette formation dure un an, organisée en trois sessions de cours

réparties entre Paris, Bordeaux et Nice. Des matinées sont consacrées à la pratique, notamment aux injectables, ce qui aide à mieux appréhender les gestes. 10 demi-journées de stage pratique sont à réalisées en cabinet ou à l'hôpital. L'examen final en distanciel a lieu en juin et se compose de QCM, QROC et d'un cas clinique.

Au-delà des techniques, le DIU permet surtout de développer une vraie posture médicale face aux demandes souvent floues des patients.

Cette compétence à part entière est utile quelle que soit l'orientation que l'on choisit pour sa pratique.,

TÉMOIGNAGE DU DR GEORGIO CHIDIAC

J'ai choisi de suivre le DIU de dermatologie esthétique, lasers et cosmétologie pour compléter ma formation et intégrer l'aspect esthétique de la dermatologie. Ce diplôme m'a semblé utile pour acquérir des bases claires et solides dans un domaine en plein développement, où il est important de garder une approche médicale rigoureuse face à une offre souvent mal encadrée.

Le DIU s'adresse aux dermatologues diplômés ou en cours de formation. Il se déroule en présentiel sur une année universitaire, avec trois séminaires, de deux à trois jours chacun, répartis entre Paris, Bordeaux et Nice.

Le séminaire de Paris aborde la physiologie cutanée, la cosmétologie, ainsi que les spécificités de la peau

noire et de la peau masculine. Le séminaire de Bordeaux approfondit l'usage des injectables (toxine botulique, fillers), les bases théoriques des différents types de lasers, surtout les lasers vasculaires, et inclut une demi-journée de stage d'observation. Le séminaire de Nice est centré sur les troubles pigmentaires et l'utilisation des lasers pigmentaires.

En complément, dix demi-journées de stage sont à effectuer auprès de dermatologues ou de chirurgiens plasticiens accrédités, ce qui permet une première exposition à la pratique sur le terrain. Le diplôme est validé par un examen écrit dans la ville d'inscription.

Ce DIU m'a permis d'acquérir une bonne base en cosmétologie, en indications des lasers et des tech-

niques d'injection, ainsi qu'une meilleure compréhension des aspects réglementaires et éthiques de la médecine esthétique. Cependant, il reste très axé sur la théorie, avec un manque de formation pratique encadrée, notamment d'ateliers où les participants pourraient réaliser eux-mêmes des gestes (comme les injections ou lasers) sous supervision.

Au total, ce DIU constitue une bonne introduction théorique à la médecine esthétique, que je conseille surtout aux dermatologues qui n'ont pas eu l'occasion d'avoir une première exposition au domaine durant leur internat ou leur pratique clinique.

ZOOM SUR UNE RECHERCHE

PARTIE 1

LACUTAMAB : UNE NOUVELLE BIOTHÉRAPIE FRANÇAISE POUR LE TRAITEMENT DES LYMPHOMES T CUTANÉS

KIR3DL2 (ou CD158k) est un récepteur de type inhibiteur des Natural Killers. Notre équipe de l'Unité Inserm U976 dirigée par le Dr Armand Bensussan a montré que ce récepteur est exprimé de manière atypique par 90 % des cellules tumorales de patients ayant un syndrome de Sézary et également par une majorité de cellules tumorales de malades ayant un mycosis fongoïde, un lymphome anaplasique CD30 ou un lymphome T gamma delta (Bagot M et al, Blood 2001;97:1388-91). Ce récepteur représente donc une cible thérapeutique très intéressante pour le développement d'une biothérapie ciblée pour les lymphomes T cutanés.

Le lacutamab est un anticorps « first-in-class » humanisé développé par Innate Pharma. Cet anticorps déplète les cellules exprimant KIR3DL2 par des mécanismes de cytotoxicité et de phagocytose dépendants de l'anticorps. Il permet ainsi une destruction ciblée des cellules tumorales, respectant totalement les autres cellules immunitaires.

Une étude internationale de phase 1 à visée d'escalade de dose et d'expansion de cohorte a inclus 44 patients ayant un lymphome T cutané en rechute après au moins deux lignes de traitement systémique. Cette étude a objectivé un taux de réponse de 36 %, une durée médiane de réponse de 13,8 mois et une durée médiane de survie sans

progression de 11,7 mois. Les taux de réponse étaient plus élevés chez les patients ayant un syndrome de Sézary (43 %) (Bagot M et al, Lancet Oncol 2019;20 :1160-70). De manière intéressante, plusieurs patients ayant déjà été traités par un anticorps anti-CCR4 (mogamulizumab) ont présenté des réponses durables. Le traitement a été très bien toléré avec des effets secondaires très modérés. Il n'a pas été noté de réaction cutanée.

Dans les suites de ces résultats chez des malades ayant un lymphome T cutané en rechute sans option thérapeutique approuvée disponible, le lacutamab a obtenu plusieurs désignations très importantes pour la poursuite de son développement : « Orphan drug designation for the treatment of CTCL » par l'Agence Européenne des Médicaments (EMA) et la Food and Drug Administration (FDA) américaine, « Fast Track designation » de la FDA et « PRIME designation » de l'EMA soutenant le développement de médicaments susceptibles d'être proposés aux patients en situation d'impasse thérapeutique ou d'offrir un bénéfice majeur par rapport aux traitements existants. Plus récemment en février 2025, le lacutamab a obtenu la « Breakthrough Therapy Designation (BTD) » de la FDA pour les patients présentant un syndrome de Sézary réfractaire ou en rechute après deux lignes de traitement systémique incluant le mogamulizumab.



Pr Martine BAGOT

PUPH, service de Dermatologie
à l'AP-HP Nord
Université Paris Cité
Hôpital Saint-Louis

L'étude TELLOMAK est un essai international de phase 2 (NCT03902184) ayant évalué l'efficacité et la tolérance du lacutamab dans plusieurs cohortes de patients.

La cohorte 1 a inclus 63 patients ayant un syndrome de Sézary en échec d'au moins deux traitements systémiques incluant le mogamulizumab, population avec un besoin thérapeutique majeur (« high unmet need ») sans traitement approuvé. Ces patients de stade avancé avaient reçu une moyenne de 5 lignes de traitement antérieures. Les résultats ont suggéré une efficacité très intéressante, avec des taux de réponse cutanée de 52,4 % (40.3-64.2) et de 50,8 % (38.8-62.7) pour la réponse sanguine. Cette efficacité était prolongée, avec une durée de réponse de 25,6 mois.

70,5 % (47,7-84,8) des malades étaient en réponse maintenue à 12 mois et 54 % (30,6-72,6) à 24 mois. L'étude a également montré une amélioration significative du prurit évalué par une échelle visuelle analogique et de la qualité de vie évaluée par le score Skindex-29. Le traitement était très bien toléré avec des effets secondaires majoritairement de grade 1 et 2 (asthénie, diarrhées, arthralgies).

Les cohortes 2 et 3 ont inclus 107 sujets atteints de mycosis fongoïde réfractaire ou en rechute après au moins deux traitements systémiques (n'incluant pas obligatoirement le mogamulizumab). Ces malades avaient reçu en moyenne 4

lignes de traitement antérieures. Les résultats sont intéressants puisqu'ils montrent des taux de réponses de 29,2 % (18,2 – 43,2) chez les patients exprimant fortement KIR3DL2 et 20,3 % (12,0 – 32,3) chez ceux exprimant faiblement KIR3DL2. La durée médiane de réponse s'élevait à 13,8 mois. L'étude a également montré une amélioration significative du prurit et de la qualité de vie. Le traitement était parfaitement toléré chez ces patients.

Le lacutamab apparaît donc comme un médicament prometteur, dont le développement se poursuit et qui représente un espoir majeur pour le traitement des malades atteints d'un lymphome T cutané avancé.

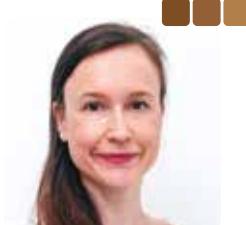
Cette « success story » du lacutamab illustre bien l'intérêt d'une recherche translationnelle, ayant pour objectif de développer de nouveaux médicaments en particulier dans des indications de maladies rares pour lesquelles il n'existe encore aucun traitement approuvé. Elle met aussi en lumière les difficultés techniques et financières inhérentes à ce processus de développement jusqu'au stade clinique et à l'approbation des agences internationales, dans le contexte d'un marché mondial extrêmement compétitif.

PARTIE 2 À LA RECHERCHE DE NOUVELLES SOLUTIONS POUR LES LYMPHOMES T CUTANÉS : L'ESPOIR D'UNE CIBLE ÉMERGENTE, CCR8

Les lymphomes T cutanés (CTCL) – mycosis fongoïde et syndrome de Sézary – représentent un groupe hétérogène de cancers rares, pour lesquels les options thérapeutiques restent extrêmement limitées. En dehors du brentuximab vedotin et du mogamulizumab – seules immunothérapies actuellement approuvées – peu d'innovations sont disponibles sur le marché. Nous savons pourtant que l'obtention d'une rémission complète conditionne l'accès à la greffe allogénique qui constitue aujourd'hui l'unique option curative, comme nous l'avons montré dans une publication en 2023.

Cette étude est le fruit d'un travail de 10 ans, sous l'égide du Groupe Français d'Etude des Lymphomes Cutanés (GFELC) et de la Société Française de Greffe de Moëlle et

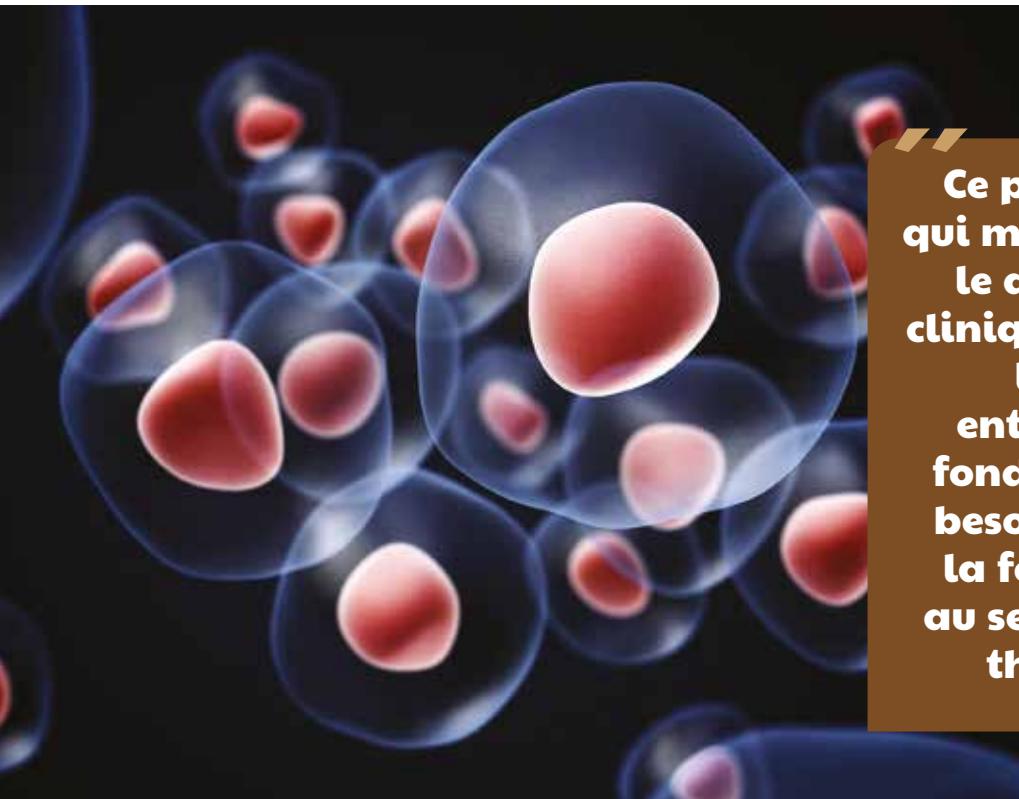
Thérapie Cellulaire (SFGM-TC), impliquant donc à la fois des dermatologues et des hématologues. J'étais encore interne lorsque nous avons eu l'idée de cette étude et l'avons soumise au PHRC-K (programme hospitalier de recherche en cancérologie), et devenue PU-PH lorsque les résultats ont finalement été publiés 10 ans plus tard dans le Lancet (de Masson A, et al, CUTALLO Investigators. Allogeneic transplantation in advanced cutaneous T-cell lymphomas (CUTALLO): a propensity score matched controlled prospective study. Lancet. 2023 Jun 10 ; 401(10392):1941-1950) et plus récemment dans le Journal of Clinical Oncology (de Masson A, et al, CUTALLO Investigators. Overall Survival After Allogeneic Transplantation in Advanced Cutaneous T-Cell Lymphomas (CUTALLO): A Propen-



Pr Adèle DE MASSON
PUPH, Service de Dermatologie
Hôpital Saint-Louis, Paris

sity Score-Matched Controlled Prospective Study. J Clin Oncol. 2025 Jun 13;JCO2500183).

Malheureusement, la plupart des patients n'accèdent pas à la greffe ou rechutent rapidement, parce que les traitements ne permettent pas d'obtenir une réponse thérapeutique durable.



“ Ce projet incarne ce qui me passionne dans le développement clinique : l’innovation, la rencontre entre la recherche fondamentale et les besoins cliniques, et la force du collectif au service du progrès thérapeutique.

Dans ce contexte, l’identification de la cible CCR8 a suscité un véritable espoir. Ce récepteur de chimiokines est impliqué dans l’adressage (homming) des lymphocytes vers la peau, ce qui en fait une cible particulièrement pertinente dans les CTCL. En mars 2022, nous avons publié dans *Blood Advances* une étude décrivant l’expression de CCR8 dans les leucémies et lymphomes T, accompagnée d’un dépôt de brevet pour son utilisation thérapeutique, en partenariat avec Inserm Transfert. Cette découverte, partagée notamment avec nos collègues de l’hôpital Henri Mondor, du laboratoire INSERM U955 dirigé par Philippe Gaulard et Nicolas Ortonne, et en particulier avec Jérôme Giustiniani, l’un de mes collègues chercheurs, a immédiatement suscité l’intérêt du secteur : une semaine après la publication, nous étions contactés par le directeur scientifique de la société française Domain Therapeutics (une PME basée à Strasbourg), qui dé-

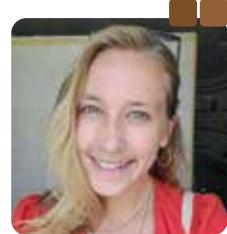
veloppait un anticorps anti-CCR8, le DT-7012. C’est ainsi qu’est née l’ambition commune de proposer une première étude clinique dans les lymphomes T cutanés.

Cette ambition s’est concrétisée sous la forme d’un projet de recherche hospitalo-universitaire (RHU - Vague 6) déposé en avril 2023, sélectionné en octobre 2023 après évaluation par un jury international et financé par l’Agence Nationale de la Recherche à hauteur de 9,6 millions d’euros (ANR-23-RHUS-0009). Ce projet coordonné par l’Université Paris Cité fait intervenir non seulement nos équipes mais aussi l’entreprise Domain Therapeutics, la société d’intelligence artificielle appliquée à la santé TheraPanacea, l’INSERM, le CHU de Bordeaux, les Hospices Civils de Lyon et le GFELC. Le protocole de cette étude de phase I de l’anti-CCR8 a été soumis sur le portail CTIS le 10 juin 2025, avec un démarrage prévu fin 2025.

L’objectif est clair : apporter ensemble des solutions concrètes à des patients en situation d’impasse thérapeutique, dans une pathologie rare trop souvent négligée par les grandes firmes pharmaceutiques.

Ce projet incarne ce qui me passionne dans le développement clinique : l’innovation, la rencontre entre la recherche fondamentale et les besoins cliniques, et la force du collectif au service du progrès thérapeutique. Je profite donc de cette occasion pour passer un message aux jeunes dermatologues qui nous lisent et souhaite à chacune et chacun d’entre vous de vivre un jour un tel enthousiasme partagé, et de contribuer à faire avancer la médecine au bénéfice de nos patients.

RÉSUMÉ DE CONGRÈS JACC 2025



Angèle LALLEMENT
Interne de dermatologie
à Montpellier
Présidente de la FDVF



PEAU ET TRANSPLANTATION PR SARAH GUEGAN

Risque de cancer cutané chez le patient greffé

Le nombre de patients transplantés ne cesse d'augmenter, tout comme leur espérance de vie. En 2025, le **cancer cutané** reste le plus fréquent des cancers survenant après la greffe avec un risque multiplié par 46 à 65 de carcinome épidermoïde cutané (CEC) devant les carcinomes basocellulaires (CBC) (RR: 5 à 10) et les mélanomes (RR: 2-3).

Ces chiffres semblent être en diminution suite à l'arrêt de l'azathioprine, l'utilisation accrue des inhibiteurs de mTOR et l'arrivée d'immunosuppresseurs moins oncogènes comme le bélatacept.

Mesure préventives

Le **nicotinamide** serait efficace chez l'immunocompétent (Chen et al, NEJM 2016), mais sans bénéfice prouvé chez le greffé (Alien et al,

NEJM 2023). L'**acitrétine** 10 mg/j a également un effet préventif démontré (Que et al, JAAD 2018) bien qu'uniquement suspensif. Enfin, le praticien peut s'aider du **score SUNTRAC** afin de stratifier le risque de cancer cutané de ses patients (Gomez-Thomas et al, JAMA Derm 2023).

Immunothérapie et greffe d'organe

Traditionnellement exclue chez les greffés en raison du risque de rejet, l'immunothérapie fait l'objet de nouvelles approches :

- Carroll et al, Lancet Oncol 2022 : anti-PD1 en monothérapie, 53 % de réponses (CEC), mais 2 rejets précoces.
- Schenck et al, ASCO 2022 : stratégie adaptative avec nivolumab ± ipilimumab ; résultats mitigés, 2 rejets sur 6.

- Hanna et al, JCO 2024 (CONTRAC-1) : cemiplimab + mTOR + corticoïdes → 46 % de réponses, aucun rejet, mais la surveillance de l'ADN circulant semble peu informative.
- Méta-analyse ASCO 2025 (Al Zyoud) sur 330 greffés : 49 % de CEC, 21 % de mélanomes, 17 % d'autres cancers cutanés, 3 % de Merkel. Les réponses thérapeutiques étaient de 25 % pour les mélanomes et de 49 % pour les CEC (équivalent à la population non greffée).



VACCINATION HPV CHEZ LES PATIENTS TRANSPLANTÉS DR JOHAN CHANAL

Recommendations vaccinales (Calendrier vaccinal 2025)

Le vaccin **Gardasil 9** (non vivant) est recommandé à partir de **9 ans** chez les candidats à une transplantation d'organe solide. La vaccination est d'autant plus efficace qu'elle est réalisée précocement. Initialement

recommandée jusqu'à 19 ans révolus, la nouvelle recommandation de la HAS (mai 2025) autorise un rattrapage jusqu'à 26 ans, sans distinction de sexe ni d'orientation sexuelle. Les **patients immunodéprimés**, notamment les **transplantés**, sont les premiers concernés par cette stratégie de rattrapage.

Réponse vaccinale chez les transplantés

La réponse immunitaire peut être légèrement diminuée selon le type de greffe et d'immunosuppression, mais la **séroconversion** reste **fréquente**. Il persiste une incertitude sur la durabilité de la protection selon le type d'immunosuppression.

En l'absence de contre-indication et vu l'innocuité du vaccin, la vaccination est toujours recommandée.

Risques liés au HPV chez les transplantés

Les transplantés présentent un risque élevé de développer des condylomes (lésions bénignes) ou des lésions de haut grade (HSIL) pouvant évoluer vers un cancer. L'immunodépression favorise la persistance du virus et la progression des lésions.

Dépistage et surveillance

De nombreuses études montrent que les patients ignorent l'existence de leurs lésions. L'examen clinique

systématique est donc indispensable, y compris pour les organes génitaux externes et la marge anale.

Les recommandations françaises proposent, pour les femmes transplantées depuis plus de 10 ans, un dépistage par test HPV 16 anal. S'il est positif, une cytologie et une anuscopie de haute résolution seront réalisées.

Les recommandations internationales (IANS) préconisent un dépistage plus large chez tous les hommes et femmes transplantés en recherchant tous les sérotypes d'HPV à haut risque.

Les mesures complémentaires à associer sont l'arrêt du tabac, la réévaluation régulière de l'immunosuppression et le changement d'immunosuppresseurs s'il majore le risque de carcinome cutané et que la situation le permet. La dé-transplantation réduit le risque mais reste exceptionnelle.



RECOMMANDATION PRÉLÈVEMENT D'ORGANES

DR CHARLEE NARDIN

L'Agence de la biomédecine a la charge de la régulation et de la répartition des greffons en France. Chaque patient inscrit est classé selon un système de points (score) pour établir une priorisation.

Quelques chiffres de 2023 :

- Plus de 10 000 patients en liste d'attente.
- Environ 5600 greffes réalisées.
- 869 patients sont décédés en attente de greffe.
- L'âge médian au moment de la greffe est de 55 ans.
- 23 nouveaux inscrits par jour contre seulement 17 greffes réalisées en raison d'un manque de donneurs. Ce déficit souligne la nécessité d'optimiser les critères de sélection, notamment pour les patients ayant un antécédent de cancer.

Focus sur les cancers cutanés

Cancer cutané chez le donneur

Le mélanome est le cancer cutané le plus redouté en contexte de greffe :

- Risque de transmission estimé entre 74 et 80 %.
- Les mélanomes même anciens peuvent entraîner des métastases.
- Les mélanomes transmis évoluent le plus souvent vers une maladie métastatique et rapidement fatale chez le receveur.

D'après les recommandations internationales

Le mélanome malin invasif contre indique formellement la greffe. Seul le mélanome in situ peut être considéré si les autres critères sont favorables.

L'examen clinique est crucial, notamment pour détecter des lésions pigmentées suspectes. En cas de doute, le prélèvement d'organes ne sera pas réalisé.

Si un mélanome est découvert a posteriori :

- Pour un rein, il est possible d'interrompre l'immunosuppression, il faut retirer le greffon et reprendre la dialyse.
- Pour un organe vital, le receveur sera remis sur liste d'attente en urgence.

Antécédent de cancer cutané chez le receveur

La situation est moins restrictive que pour le donneur, car l'enjeu est souvent vital.

- Mélanome in situ : greffe possible sans délai particulier.
- Mélanome invasif : Le risque de récidive post-greffe varie de 0 à 19 %. Une cohorte française de 37 patients greffés après un mélanome montre un bon pronostic pour les formes in situ.

Recommandations internationales (2017–2021)

- Le seuil acceptable de survie à 5 ans après greffe a été fixé à 60 % (consensus international) ou 80 % (USA).
- Les délais d'attente avant greffe varient selon le stade du mélanome :
 - Pour les stades 3A ou 3B, une greffe est envisageable sous certaines conditions.
 - Les stades 3C, 3D ou 4 sont des contre-indications fortes, sauf cas exceptionnels.

Cancers cutanés en dehors du mélanome - le risque chez les receveurs

- Carcinomes basocellulaires : greffe autorisée.
- Carcinomes épidermoïdes : contre-indication à la greffe en cas de forme agressive ou métastatique.
- Sarcome de Kaposi et Carcinome de Merkel : risque accru en post-greffe. Décision au cas par cas selon le degré d'urgence.

BEAUTY INFLUENCE ET FAKE NEWS

QUELLE PLACE POUR LE DERMATOLOGUE ?



L'EXEMPLE DE LA THÉRAPIE PAR MASQUES LED



Un nouvel objet affole actuellement le monde de la *skincare*. À l'allure futuriste, tous les *beauty addicts* se l'arrachent, le commandent pour Noël ou se rendent dans l'institut le plus proche pour en bénéficier. Je parle bien entendu des masques LED. Véritable révolution depuis quelques années, leur cote de popularité ne cesse de croître, portée par les célébrités, les réseaux sociaux et les instituts qui vantent les bienfaits de ce produit. Cet engouement pour la beauté high-tech, ou *beauty tech*, marque un tournant dans le monde cosmétique. Mais entre outil technologique et promesses esthétiques, où se situent réellement les limites de la technologie en santé ?

Les premières lampes LED datent des années 1990. Développées initialement par la NASA pour favoriser la croissance des végétaux dans l'espace, leurs premières applications cliniques sont apparues quelques années plus tard, notamment dans la cicatrisation de plaies pour les marins. Depuis, elles ont connu de nombreuses évolutions, permettant d'adapter la longueur d'onde à la pénétration cutanée souhaitée, et donc à l'effet recherché. Il existe aujourd'hui différentes couleurs de masques LED, correspondant à diverses longueurs d'onde ciblant chacune un problème de peau différent : rides, acné, psoriasis, plaies chroniques ou post-chirurgicales, ou encore eczéma. Les béné-

fices allégués pourraient concerner chacun d'entre nous.

De manière globale, le mécanisme d'action supposé repose sur le déclenchement de réactions photo-chimiques intracellulaires après exposition à la lumière LED. Ces réactions entraîneraient une libération accrue d'ATP, réguleraient les espèces réactives de l'oxygène, influencerait la transcription intracellulaire, donc la synthèse de protéines, et favoriseraient également la vascularisation cutanée.

La lumière LED bleue, d'une longueur d'onde d'environ 400 nm, pénètre uniquement dans l'épiderme (<1 mm) et est principalement utilisée pour traiter l'acné. Son efficacité

serait liée à la destruction de *P. acnes* par libération de radicaux libres.

La lumière jaune, avec une longueur d'onde d'environ 580 nm, pénètre jusqu'au derme papillaire. Elle est principalement utilisée pour ses effets anti-âge, mais également dans la cicatrisation, en modulant vraisemblablement l'expression des gènes et l'activité des fibroblastes.

La lumière rouge (630–700 nm) est celle qui pénètre le plus profondément, jusqu'à 3mm. Elle serait bénéfique pour le renouvellement cellulaire de la peau grâce à l'activation des facteurs de croissance au sein des fibroblastes, à la stimulation du collagène, et à l'induction d'une légère réaction inflammatoire.



Mariam DERIOUCH

Interne de Dermatologie à Caen
VP Représentation et formation
2024-2026

Au-delà de leurs effets directs, ces lumières amélioreraient aussi l'efficacité des dermo-cosmétiques en facilitant leur pénétration à travers les différentes couches de la peau.

Compte tenu des propriétés attribuées à ces dispositifs et de leur facilité d'utilisation, il peut être tentant de s'en procurer un. Sachez toutefois qu'il faut compter en moyenne 400 euros pour un masque LED, avec des premiers prix aux alentours de 100 euros, et jusqu'à près de 4000 euros pour les modèles les plus sophistiqués.

Des études scientifiques se sont donc dernièrement penchées sur le sujet. La méta-analyse la plus récente, publiée en 2023, a analysé plus de 500 articles dont seulement 31 ont été inclus dans l'étude.

Parmi elles :

- 9 concernaient la thérapie LED dans l'acné vulgaire ;
- 3 dans le traitement de l'infection cutanée à herpès simplex virus (HSV) ;
- 7 portaient sur la dermatite atopique ;
- 3 sur le psoriasis ;
- 3 sur la cicatrisation des plaies ;
- 6 sur le renouvellement cellulaire et l'effet anti-âge.

Cette méta-analyse a permis d'augmenter la taille des échantillons, avec des effectifs allant de 65 à 268 patients selon les pathologies dermatologiques étudiées.

Dans le traitement de l'acné, les lumières LED bleue et rouge ont été testées, avec pour critère principal la diminution du nombre de lésions acnéiques. La lumière bleue a été la plus étudiée, avec des essais contrôlés randomisés en double aveugle contre placebo, montrant une différence significative dès 2 à 4 semaines d'utilisation, et une réduction d'environ 35 % du nombre de lésions. Les résultats étaient également significatifs dans les quelques études sur la lumière rouge. Cependant, cette méta-analyse suggère que l'effet anti-inflammatoire de la lumière bleue serait supérieur à celui de la lumière rouge.

Pour le traitement de l'HSV, des longueurs d'onde proches de l'infrarouge ont été utilisées dans les 3 essais contrôlés randomisés inclus dans la méta-analyse. Les résultats ont montré une réduction significative du temps de ré-épithérialisation après une utilisation quotidienne pendant deux semaines.

Les études sur la dermatite atopique et la cicatrisation n'ont pas mis en évidence de bénéfices significatifs.

La lumière bleue a également été testée dans le psoriasis vulgaire pour son effet anti-inflammatoire, avec des résultats prometteurs : une diminution du score de sévérité du psoriasis a été observée après 4 semaines d'utilisation.

Enfin, concernant l'effet anti-âge, la lumière rouge a été la plus étudiée. Une réduction des rides visibles d'environ 30 % a été rapportée après une utilisation bihebdomadaire pendant au moins un mois.

Bien que le nombre d'études incluses dans cette méta-analyse soit encore limité, les résultats semblent prometteurs pour une utilisation appropriée et raisonnée de la thérapie par lumière LED.

Les effets indésirables fréquemment observés vont de l'irritation ou de la sécheresse cutanée à des maux de tête ou une fatigue oculaire. L'hyperrépigmentation et les pseudo-éruptions lupiques induites sont rares. Un cas de rétinopathie induite par la lumière LED bleue a été décrit dans

la littérature, mais ce type d'effet reste exceptionnel.

Quoiqu'il en soit, il convient de respecter les contre-indications de ces dispositifs (photosensibilité, épilepsie photosensible) et les précautions d'emploi en cas de pathologie dermatologique active.

Même si l'utilisation d'un masque LED peut paraître simple, rapide et autonome, il est de la responsabilité des praticiens de savoir guider nos patients dans son usage. Les recommandations les plus importantes à fournir sont :

- Toujours protéger les yeux pendant l'utilisation.
- Ne pas dépasser la durée recommandée par le fabricant.
- Commencer par des séances courtes (15 à 20 minutes) pour tester la tolérance cutanée. La durée peut varier selon le phototype, avec des séances un peu plus longues pour les peaux foncées.
- Ne pas dépasser 4 séances par semaine pendant les 2 premiers mois, puis faire une pause pour éviter de sur-solliciter la peau et de saturer ses capacités de régénération.



Collage réalisé à partir de post Instagram de @frederiqueverley @kourtneykardash @mariahleonard @sarahhoward et @samimiro

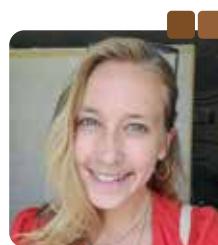
RÉFÉRENCES

- <https://www.vogue.fr/beaute/article/meilleurs-masques-led>
- Ngoc LTN, Moon J-Y, Lee Y-C. Utilization of light-emitting diodes for skin therapy.
- Systematic review and meta-analysis. Photodermatol Photoimmunol Photomed. 2023.
- Kotirkova D, Kadurina M, Kacheva M, Darlenski R. Visible light spectrum light-emitting diode (LED) mask-induced cutaneous lupus erythematosus-like reaction. Int J Dermatol. 2023 Nov.
- Retinopathy (Kim TG, Chung J, Han J, Jin KH, Shin JH, Moon SW. Photochemical Retinopathy induced by blue light emitted from a light-emitting diode Face Mask: A case report and literature review. Medicine (Baltimore). 2020 Jun 12.

PROTECTION SOLAIRE AU HELLFEST

LES FDVF S'EN MÊLENT

**“BIENVENUE EN
ENFER... MAIS AVEC DE
LA CRÈME SOLAIRE !”**



Angèle LALLEMENT
Interne de dermatologie
à Montpellier
Présidente de la FDVF



Si le village de Clisson ne vous évoque rien, c'est que vous n'êtes pas un passionné de métal. En effet, c'est ici, à mi-chemin entre Nantes et Cholet, que plus de 180 artistes montent sur scène au cours de 4 jours de festival endiablé : le Hellfest. Si les quelques 240 000 festivaliers (ou "hellbangers", comme on les appelle) sont incollables en death metal, ils sont souvent moins bien informés... En protection solaire !

L'idée folle a germé dans l'esprit de Benjamin Bellet, co-fondateur de la marque de dermocosmétique locale Sarmance, qui propose déjà du savon pour les mains estampillé Hellfest : pourquoi ne pas proposer de la crème solaire ? Cela vous paraît incongru ? Pas tellement, car une seule journée parmi les festivaliers livre à nos yeux une quantité de brûlures qui ferait pâlir tous les

oncodermatos de la région ! Un sondage avait d'ailleurs été mené sur le terrain en 2024, montrant que les festivaliers avaient besoin d'être sensibilisés et équipés en matière de protection solaire.

“Notre collaboration avec le Hellfest vient d'une volonté commune de favoriser le tissu économique local et d'un intérêt pour la santé publique. Pour rappel, la Loire Atlantique fait partie des mauvais élèves en termes de cancer de la peau.”

Protéger, c'est bien, mais éduquer, c'est mieux. Forts de cette idée, les organisateurs du Hellfest ont contacté les dermatologues locaux, et notamment le Pr Brigitte Dréno à Nantes. Membre du conseil scientifique de la Fondation Bioderma, son implication permettra de débloquer les fonds nécessaires à la mise en place du projet. Une idée, du budget... Il ne manque plus que les acteurs de terrain ! Immédiatement, le Pr Dréno met en contact les organisateurs avec la FDVF pour leur proposer un poste aussi prestigieux que convoité : celui de bénévole au sein de l'équipe Hellcare, chargée de la prévention au Hellfest. Notre mission ? Rappeler aux festivaliers

les consignes de photoprotection, répondre à leurs questions, et leur proposer de la crème solaire en cas d'oubli de leur part. **Notre équipement** ? 2 triporteurs (sorte de vélo électrique à 3 roues), l'uniforme du festival (comprendre : un chapeau de cowboy et un chasuble noir), des bidons de 1L de crème solaire, et une motivation à toute épreuve !

Si certains sont étonnés de la démarche, la plupart des festivaliers sont ravis. L'ambiance bon enfant qui règne au Hellfest est propice à la discussion, entre une séance matinale de yoga-métal et un sandwich à l'ombre des arbres. Le soir, nos membres du bureau, fatigués mais heureux après des heures d'interaction avec un public rarement touché à l'hôpital, reprennent du poil de la bête pour profiter des concerts... Avec modération, puisque demain, la prévention reprend !

Bilan de l'opération : en 4 jours de festival, plus de 7L de crème solaire distribués, un mélanome dépisté, et des centaines de festivaliers sauvés de brûlures assurées ! Une expérience qui, espérons-le, fera des émules auprès d'autres festivals dans les années à venir.

**VOS
ENGAGEMENTS**



ASSOCIATIONS EN ACTION

NAEVUS 2000



Olivier PHILIP

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



Laura ROBERT

Vice-présidente & co-organisatrice
de l'association Nævus 2000



NAEVUS 2000 FRANCE EUROPE

Association des patients atteints par la malformation
du Nævus Géant Congénital



Les nævus congénitaux (NC) sont des proliférations mélanocytaires bénignes issues des crêtes neurales, présentes à la naissance ou apparaissant dans les premières semaines post-natales. Ils seraient la conséquence de mutations post-zygotiques en mosaïque, notamment des oncogènes NRAS et BRAF.

La classification répartit classiquement les NC en trois catégories, selon leur taille adulte projetée (TAP). Les NC de grande taille sont définis par une TAP de plus de 20 cm, les NGC par une TAP de plus de 40 cm. Les NC de grande taille sont **extrêmement rares** (proportion qui varie de 1/20500 à 1/500 000 dans la littérature). Les NC peuvent être associés à d'autres manifestations dans un cadre syndromique, d'autant que la mutation a lieu précocement au cours de l'embryogénèse. L'aspect des NC se modifie souvent avec le temps. Ils peuvent devenir plus verruqueux, plus pileux, foncer ou s'éclaircir. Le 1^{er} enjeu des NGC est la **gestion du caractère affichant de cette pathologie**. Une consultation d'annonce adaptée doit être réalisée, avec écoute active des 2 parents, qui n'ont pas toujours le même ressenti vis-à-vis du possible choc vécu à la naissance. Un soutien psychologique peut être proposé dans les suites mais l'accompagnement, la réassurance et l'empathie du dermatologue sont déjà un bénéfice certain. Il ne faut pas négliger le possible

retentissement social ultérieur, qui peut largement être atténué avec la mise en place d'un entourage attentif et bienveillant. Le 2^{ème} enjeu est le **risque de mélanome** : il s'élèverait à 2-3 % pour les NC de grande taille et à 10-15 % en cas de NGC avec lésions satellites. Le 3^{ème} enjeu est la gestion, plus rare, de **manifestations extra-cutanées**, s'intégrant dans un cadre syndromique.

L'Association Nævus 2000, créée en 1999 et membre de l'Alliance Maladies Rares, regroupe des personnes touchées par le Nævus Géant Congénital (NGC) ainsi que leurs familles. Composée d'un bureau de 10 membres répartis sur

toute la France, elle a pour missions :

- Sensibiliser le public à la maladie et à ses traitements pour changer les regards ;
- Soutenir et informer les familles concernées ;
- Financer la recherche, notamment à l'INSERM de Marseille, en raison du faible soutien public ;
- Organiser des actions sociales pour les enfants atteints.

Nous agissons à plusieurs échelles, lors d'évènements sportifs, culturels ou médicaux :

- **Courir pour la bonne cause** : notre association a une équipe au grand cœur de super triathlètes et coureurs. L'objectif est de « changer le



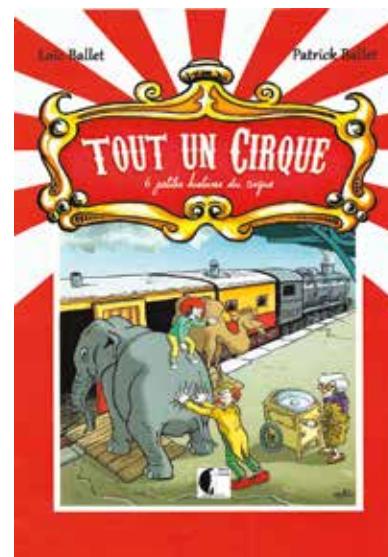


regard de l'autre... » avec de nombreuses courses prestigieuses à notre compteur dont l'Ironman Vichy en août 2019 ou l'Ironman 70.3 des Sables d'Olonne en 2021.

- **Notre Dîner de Gala du grain de beauté** au profit de la Recherche dans un lieu d'exception (Musée Nationale de l'Automobile à Mulhouse). Cet évènement était un pari un peu fou pour notre association. Notre objectif était de rassembler 20 000€ pour la Recherche et l'INSERM de Marseille. Nous avons accueilli plus de 330 convives pour un dîner gastronomique orchestré par l'Académie Nationale de Cuisine.
- **Notre équipe Fort Boyard** : en 2018, 4 athlètes et 2 animateurs se sont lancés à l'assaut du Fort au profit de notre association. Résultat des gains : 13 250 €.
- **Nos marchés de Noël** (Tagolsheim 2021 et 2022) : afin de faire connaître le NGC au grand public nous aimons organiser des évènements festifs qui rassemblent petits et grands : de 20 à 40 exposants locaux, animations variées (contes, Père Noël, feu d'artifice, patinoire avec Brian Joubert, fête foraine), partenariats prestigieux (Europa-Park, artistes invités), mobilisation croissante de bénévoles et soutien de nombreux partenaires locaux.
- **Notre bande-dessinée « Tout un cirque »** : créée pour l'association par Patrick (dessinateur) et Loïc Ballet (chroniqueur culinaire sur France 2), elle raconte six histoires sur le thème du cirque. On y suit Ema, fille d'un magicien, persuadée que son père s'est réincarné dans une machine à barbe à papa. Devenue archiviste avec son mari,

elle fait revivre l'histoire du cirque grâce à cette étrange machine. Un jour, ils rencontrent Anna, une fillette de 8 ans atteinte d'un NGC. C'est Anna qui deviendra le logo de l'association. Cette BD est toujours disponible au tarif de 5€. N'hésitez pas à nous contacter si vous êtes intéressés. Elle est très utile pour familiariser les camarades des enfants atteints, par exemple à l'école.

- **Participation au congrès FDVF en 2024** : nous avons eu la chance de pouvoir présenter l'association aux futurs et dynamiques dermatologues de France.
- **Nos rencontres annuelles des familles** : réunir les personnes atteintes permet de rompre leur isolement et de leur faire sentir, le temps d'une journée, qu'ils ne sont pas seuls et qu'ils sont des enfants comme les autres. En 2023, nous nous sommes rendus à Europa-Park en Allemagne où plus de 120 personnes étaient présentes. Nous faisons également intervenir différents professionnels de santé durant ce week-end.



TÉMOIGNAGE

LOUBNA, BELLE ET FORTE AVEC SON NAEVUS, LE REGARD D'UNE MAMAN



Je m'appelle Laura, j'habite en Alsace, et je suis maman de Loubna, une petite fille de 9 ans née avec un naevus géant congénital. Je suis vice-présidente de l'Association Naevus 2000 depuis 2018. À la naissance, Loubna présentait une large tâche, quasiment sur la moitié du dos avec de nombreux satellites. Le diagnostic, posé 4 jours après sa naissance, a été un choc. Suite à la 1^{ère} consultation dermatologique, j'ai été étonnée d'avoir le sentiment que le cas de ma fille était réduit à un phénomène de foire. Je me suis alors tournée vers le Pr Vabres à Dijon (où Loubna est toujours suivie) ainsi que vers l'association. À 18 mois, Loubna a subi une opération à Strasbourg avec un protocole d'expansion cutanée par ballonnets. Trois des quatre ballonnets ont été infectés, entraînant complications et douleurs prolongées. Le protocole a duré 10 mois au lieu des 3-4 mois prévus initialement. Aujourd'hui, bien que toujours suivie médicalement, Loubna ne souhaite plus d'opérations. Elle porte son naevus avec fierté, malgré les cicatrices physiques et psychiques. Pour moi, mon engagement dans l'association est devenu une forme de thérapie. Je soutiens aujourd'hui d'autres familles, répondant aux questions récurrentes.

QUESTIONS-RÉPONSES LES PLUS FRÉQUENTES

1. **Est-ce de ma faute ?** → Même si nous ne donnons jamais d'avis médical, nous sommes là pour soutenir les familles donc nous leur expliquons que non ce n'est pas de leur faute. Ce n'est pas transmis par les parents mais c'est une anomalie cellulaire à l'origine du naevus.
2. **Faut-il opérer ?** → Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise décision. La décision que vous prendrez sera pour le bien de votre enfant donc ce sera la bonne. Nous conseillons néanmoins toujours aux parents de bénéficier du conseil d'un dermatologue pédiatre en priorité.
3. **Comment votre enfant vit sa différence en société ?** → Cela dépend beaucoup de comment les parents le vivent et comment cela est abordé avec l'enfant. Nos enfants sont ceux qui en parlent le mieux et souvent ils demandent lors des rentrées de faire des exposés sur le naevus auprès des camarades. Cela permet aux camarades de poser les questions à ce moment-là. Il y a bien entendu des réflexions qui peuvent être méchantes et blessantes mais il ne faut pas hésiter de dire à l'enfant d'en parler à un adulte et si l'enfant le vit difficilement il existe également des prises en charge psychologiques possibles.
4. **Est-ce qu'il y a un gros risque de dégénérescence en mélanome ?** → Nous orientons les familles auprès de leurs dermatologues pour ce type de question car nous n'avons malheureusement pas la réponse exacte. Nous les rassurons simplement en leur disant que, dans l'association, très peu de jeunes ont déclaré un mélanome.
5. **Quelles aides financières sont possibles ?** → ALD hors liste, reconnaissance de handicap (MDPH), allocation journalière de présence parentale (AJPP) de la CAF, avec accompagnement de l'association dans les démarches.



Pour nous, Association de malades, la collaboration avec les professionnels de santé est primordiale pour la prise en charge globale du patient. N'hésitez pas à parler de nous aux familles des patients. Nous sommes toujours à la recherche, afin d'élargir notre réseau, de dermatologues sur l'ensemble du territoire français, au plus proche des patients.

NOTRE CONTACT :

Naevas2000@outlook.fr ou par téléphone au
06.27.44.16.93

Pour pouvez également consulter notre site internet : **www.naevas2000.com**

facebook : [https://www.facebook.com/
Naevas2000FranceEurope](https://www.facebook.com/Naevas2000FranceEurope)



UN PROJET D'INSTALLATION, UNE ENVIE DE LIBERTÉ ?



PMD MÉDICAL
vous accompagne

UN EXPERT EN PROJET
INSTALLATION CONÇOIT AVEC VOUS
UN CABINET SUR MESURE

DES CONSEILS PERSONNALISÉS
SUR LES ÉQUIPEMENTS LES PLUS
ADAPTÉS À VOTRE PRATIQUE



SCANNEZ-MOI
pour en savoir plus

PLUS DE 4000 clients
NOUS FONT CONFIANCE

PROJET SUR-MESURE

ACCOMPAGNEMENT UNIQUE

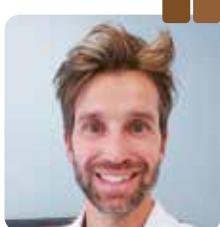
SIMULATION EN VISIO

SERVICE CLIENT INÉGALABLE DEPUIS 1979 ★★★★★



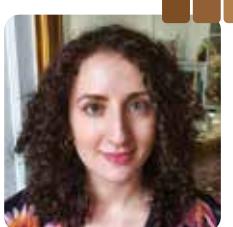
DÉMOGRAPHIE EN DERMATOLOGIE EN 2025

ÉTAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES



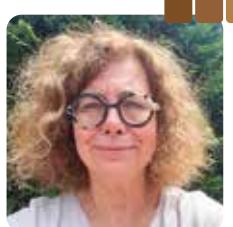
Pr Vivien HEBERT

MD PhD
Clinique dermatologique
Centre de référence des maladies
bulleuses auto-immunes
Inserm U1234 PANTHER
CHU de Rouen



Dr Inès BERKAOUI

Interne de Dermatologie à Rouen



Dr Isabelle LE HIR-GARREAU

Dermatologue et vénérologue à Rennes



INTRODUCTION

En 2025, la démographie dermatologique est un problème majeur de santé publique en France et alimente un débat houleux sur les difficultés croissantes d'accès aux soins. Ce phénomène ne concerne pas uniquement la dermatologie mais les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous en dermatologie figurent parmi les plus longs, toutes disciplines confondues.

Selon un sondage réalisé en 2023, 73 % des Français jugent difficile

l'accès aux soins dermatologiques. Les délais d'attente ont plus que doublé, avec en moyenne 3 mois pour obtenir un rendez-vous (104 jours en 2023 contre 41 jours en 2012). Par ailleurs, ces résultats ne prenaient pas en compte les patients qui n'arrivaient pas à obtenir un rendez-vous, fait malheureusement courant. Face à ces difficultés d'accès, près de la moitié (46 %) des patients ont déjà renoncé à un traitement pour des problèmes dermatologiques [1].

Selon le rapport d'activité du CNOM en 2023, des disparités régionales viennent encore aggraver un état des lieux déjà alarmant en termes d'accès aux soins. Dans certaines régions (Lozère, Creuse, Indre, Nièvre), il n'y a actuellement plus aucun dermatologue en activité [2].

Depuis le début de l'année 2025, les médias ont véhiculé une image biaisée de la spécialité, accusant les dermatologues libéraux de délaisser la médecine au profit de l'esthé-

tique, et les jeunes dermatologues de travailler moins que leurs ainés au profit d'un meilleur équilibre vie personnelle - vie professionnelle. Ce "dermatobashing" masque les causes réelles : un déficit d'effectif, un vieillissement de la profession, une mauvaise anticipation des besoins en santé publique et une méconnaissance de l'étendue des missions de la spécialité.

Rappelons que les dermatologues jouent un rôle central dans le diagnostic des cancers, notamment cutanés, qui représentent environ

un tiers de l'ensemble des cancers diagnostiqués en France, avec une incidence en forte augmentation ces trente dernières années. La dermatologie est une spécialité riche et complexe, couvrant plus de 6 000 maladies. Elle se distingue par sa dimension médico-chirurgicale, son approche transversale proche de la médecine interne, et concerne tous les âges de la vie.

Les premières alertes sur le manque de dermatologues remontent à plus de dix ans, notamment avec l'étude sociodémographique de B. Houlia

et al., publiée en 2012 dans les Annales de dermatologie [3]. Malgré la pertinence de leurs conclusions, elles n'ont pas été prises à la mesure des enjeux actuels. Plus récemment, une tribune parue dans Le Monde le 11 mars 2023, intitulée « La dermatologie est au bord du précipice », et signée par un collectif de patients et d'instances professionnelles, dénonçait la gravité de la situation et les conséquences du manque d'accès aux soins : retards diagnostiques et perte de chance pour les patients [4].

ORIGINES HISTORIQUES DE LA CRISE

Le numerus clausus instauré en 1972 a connu une réduction massive dans les années 1980-2000. Le nombre d'étudiants admis en 1^{ère} année de médecine est passé de 7 850 en 1979 à moins de 4 000 entre 1989 et 2000, avec un minimum de 3 500 en 1993. Les réformes successives des études de médecine ont aussi réduit le nombre d'internes formés en Dermatologie. Avant 1984, deux voies permettaient d'accéder à la dermatologie : l'internat dit « ancien régime », orienté vers l'hôpital, et les

CES (Certificats d'Études Spécialisées), accessibles hors internat via un examen national, qui ont formé la majorité des dermatologues libéraux aujourd'hui âgés de plus de 65 ans. En 1984, ces deux parcours ont été remplacés par le D.E.S. (Diplôme d'Études Spécialisées), accessible uniquement par concours réduisant drastiquement le nombre de dermatologues formés. Depuis, le nombre d'internes formés en dermatologie est resté limité, notamment dans les CHU, par crainte de sureffectif. Par

ailleurs, entre 1988 et le 1^{er} octobre 2003, un dispositif de « préretraite » appelé MICA (Mécanisme d'Incitation à la Cessation d'Activité) visait à réduire le nombre de médecins actifs pour limiter les dépenses de santé. Ce mécanisme concernait les médecins dès 56 ans. Malgré le début de la crise démographique médicale vers 2000, ce dispositif a été maintenu trois ans de plus, illustrant une gestion souvent « à vue » des effectifs médicaux.

ÉTATS DES LIEUX DE LA DÉMOGRAPHIE

Selon les définitions du CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins), les médecins « actifs » regroupent les actifs réguliers, les intermittents et les retraités actifs. Les actifs réguliers exercent une activité médicale pleine et continue. Les retraités actifs, quant à eux, ont liquidé leurs droits à la retraite tout en poursuivant une activité médicale. Enfin, les intermittents exercent de manière partielle, à l'image des remplaçants ou de certains retraités.

De 2014 à 2022, le nombre de dermatologues actifs en France est passé de 3135 à 2441 soit 694 dermatologues en moins (-22,1 %). La densité nationale moyenne est aujourd'hui de 3,26 dermatologues pour 100 000 habitants, ce qui reste bien en deçà du seuil fonctionnel estimé entre 5 et 6. Seules les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) et Île-de-France atteignent cette densité.

La démographie de la profession est également marquée par un vieillissement important : **près de la moitié des dermatologues ont**

plus de 60 ans, dont environ 50 % considérés comme actifs réguliers. La proportion de médecins retraités actifs a fortement augmenté (+71,3 %). Selon les données de la CARMF, ces derniers représentent désormais 17 % des dermatologues libéraux, avec un âge moyen de 72,4 ans. Cela illustre un recours croissant au cumul emploi-retraite pour pallier le manque de praticiens. L'âge moyen de départ

à la retraite ne cesse d'augmenter, passant de 65,96 ans en 2018 à 66,94 ans en 2024, soulignant la

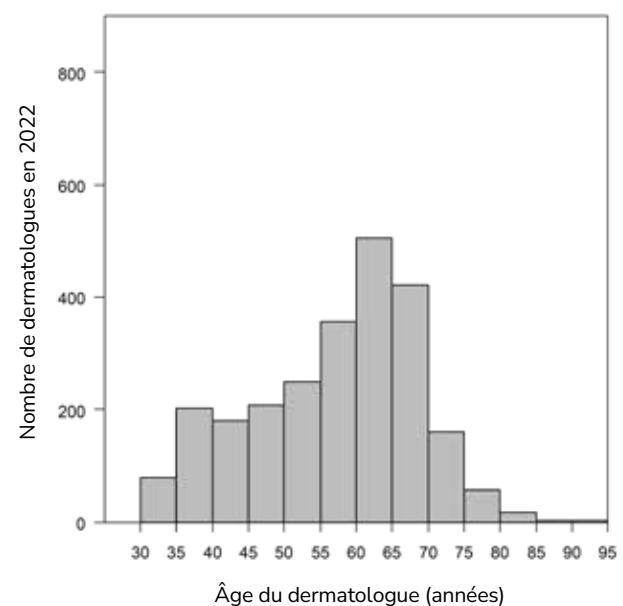


Figure 1 : Nombre de dermatologues par tranche d'âge en 2022

dépendance du système à des professionnels proches de la fin de leur carrière.

Par ailleurs, la profession est fortement féminisée : 75 % des dermatologues sont des femmes, une

proportion qui atteint 86 % chez les moins de 50 ans. L'apport des dermatologues de nationalité étrangère ayant obtenu leur diplôme hors UE, Suisse et UE représentent 11,10 % en 2025 des actifs réguliers. La

contribution des dermatologues français diplômés à l'étranger (UE et hors UE) reste marginale : en 2025, seuls 17 d'entre eux exercent en France.

ÉVOLUTION DES PRATIQUES

Mode d'exercice

Le nombre de dermatologues exerçant exclusivement en libéral a chuté de 34,4 %. En 2025, cette activité repose principalement sur une population de plus de 60 ans, sans renouvellement assuré. Parallèlement, le nombre de praticiens exer-

çant de façon intermittente (remplaçants, temps partiel) a augmenté de 25,8 %, traduisant un recours croissant à des formes d'exercice discontinues. Les dermatologues de moins de 40 ans sont majoritairement salariés hospitaliers, ce qui traduit une réorientation vers le secteur

public. Ces évolutions témoignent d'un désengagement progressif vis-à-vis de l'exercice libéral traditionnel, perçu comme contraignant et isolé, au profit de modalités plus flexibles ou salariées.

	2015	2025	Variation
Libéraux exclusifs	2238	1468	- 34,4 %
Libéraux mixtes	626	536	- 14,4 %
Salariés hospitaliers	560	763	+ 36,25 %
Salariés non hospitaliers	122	113	- 7 %

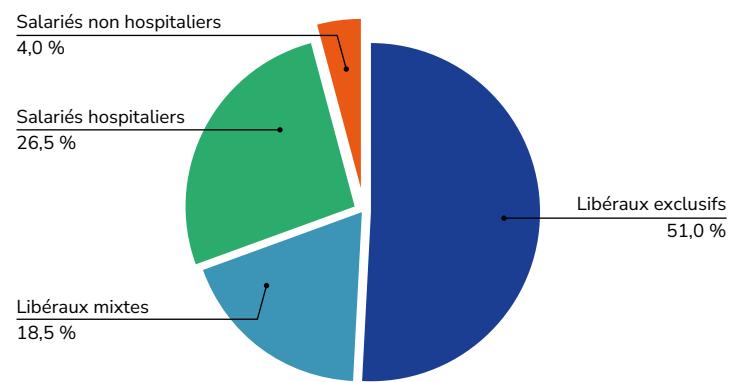


Figure 2 : Répartition et évolution du mode d'exercice des dermatologues actifs entre 2015 et 2025

Évolution des pratiques selon les âges

L'analyse des données de la CCAM entre 2014 et 2022 [5] montre une baisse de 28,7 % du nombre total d'actes médicaux dermatologiques (consultations, avis ponctuels, dépistages). Cette diminution résulte à la fois de la réduction du nombre de dermatologues en exercice et d'une baisse de l'activité moyenne par praticien (-8,45 %).

Contrairement aux idées reçues, les jeunes dermatologues n'exercent pas moins que leurs aînés. Entre 2014 et 2022, les praticiens de moins de 35 ans étaient les seuls à augmenter significativement leur activité médicale (+23,08 %), avec une moyenne de 3 149 consul-

tations par an en 2022, devançant toutes les autres tranches d'âges. À l'inverse, ce sont les praticiens d'âge

intermédiaire (45-55 ans) qui ont vu leur activité chuter le plus (-9,5 %).

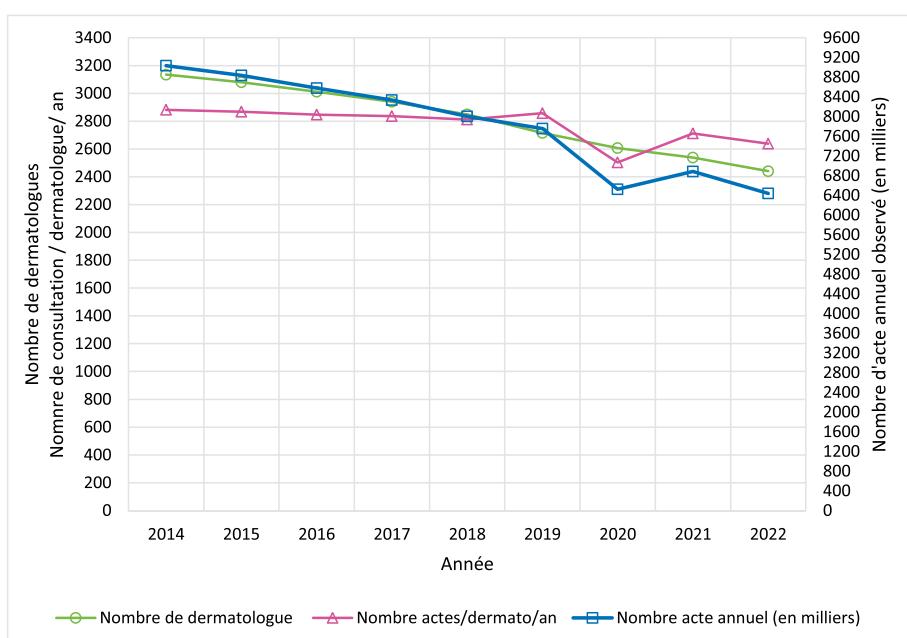


Figure 3 : Évolution du nombre global de consultations annuelles entre 2014 et 2022

Tranche d'âge du dermatologue

Évolution en pourcentage du nombre de consultation /an/dermatologue entre 2014 et 2022

Tranche d'âge du dermatologue	Evolution en pourcentage du nombre de consultation/an/dermatologue entre 2014 et 2022
30-35 ans	+ 23.08 %
35-40 ans	+ 4.26
40-45 ans	- 2.45 %
45-50 ans	- 9.58 %
50-55 ans	- 9.54 %
55-60 ans	- 4.7 %
60-65 ans	- 6.83%

Tableau 1 : Évolution en pourcentage du nombre de consultations (CS+APC) /an/ dermatologue en fonction de la tranche d'âge entre 2014 et 2022

Focus sur la pratique esthétique

En France, il est difficile d'évaluer de manière objective la pratique de la dermatologie esthétique, car elle ne correspond à aucun acte répertorié dans les systèmes de nomenclature et n'est pas prise en charge par la Sécurité sociale. Par conséquent, les actes réalisés dans ce domaine ne sont pas quantifiables de façon fiable. Cependant, devant la baisse d'activité médicale estimé à -8,45 % entre 2014 et 2022 selon l'analyse

des actes de la CCAM et l'absence de revalorisation des actes médicaux depuis plusieurs années d'une part, et l'augmentation du coût de la vie (+12 %) sur les 10 dernières années d'autres part [6], il est raisonnable de supposer que cette réduction d'activité (et de revenus) a été compensée par la dermatologie esthétique.

Ainsi, bien que la pratique de la dermatologie esthétique puisse contribuer à la diminution de l'accès aux soins dermatologiques, sa

responsabilité potentielle resterait bien moins significative que la baisse de la démographie médicale. Ce constat est en accord avec une étude récente du syndicat national des dermatologues-vénérologues (SNDV) montrant que la pratique esthétique n'est pas une priorité pour la majorité des dermatologues : l'activité de dermatologie esthétique représente moins de 10 % de l'activité pour 64 % des praticiens et seuls 5 % en ont fait leur activité principale (50 % ou plus) [7].

PROJECTIONS DÉMOGRAPHIQUES

Les projections pour 2035 indiquent 1384 départs à la retraite contre 1008 nouvelles entrées par rapport à 2022. Cela entraînerait une réduction des effectifs à 2065 dermatologues, soit une baisse de 316 praticiens, correspondant à une diminution de 15 % par rapport aux effectifs actuels.

À ce déclin démographique s'ajoute le vieillissement de la population [8] et la hausse de la demande en soins qui en découle puisque la tranche d'âge 70-85 ans représente le premier groupe de consommateurs de soins avec 18,6 % des consultations dermatologiques annuelles. Cependant, cela devrait être partiellement compensé par une augmentation

de l'activité des jeunes dermatologues. Cette dernière permettra de limiter la baisse de l'offre de soins

dermatologiques à -6,99 %, passant de 6,44 millions de consultations en 2022 à 5,99 millions en 2035.

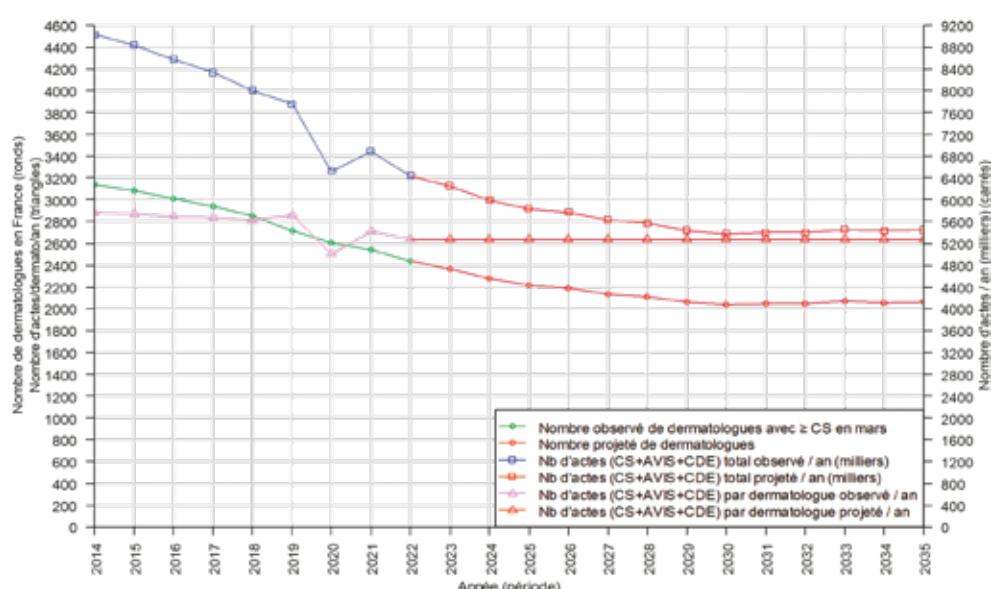


Figure 4 : Projections de l'offre de soins jusqu'en 2035

PISTES D'AMÉLIORATION

Les principaux défis à venir concernant l'accès aux soins dermatologiques sont donc, d'une part, le départ à la retraite imminent de la majorité des dermatologues actuels puisque la moitié des dermatologues en activité sont âgés de plus de 60 ans ; et, d'autre part, le vieillissement de la population. En effet, les tranches d'âge 75-80 ans, qui consomment le plus de soins dermatologiques, devraient voir leur nombre augmenter de 38,6 % au cours des 10 prochaines années [8].

Augmentation du nombre d'internes formés

La Société Française de Dermatologie (SFD) estime qu'il faudrait former au moins 150 internes par an, alors que seulement 104 ont été formés en 2024 [9]. Ce quota repose sur une hypothèse de densité de 5,6 dermatologues pour 100 000 habitants, largement supérieure à la densité réelle observée (3,26/100 000, selon le CNOM). De plus, les ARS fixent un objectif de renouvellement de 60 % des dermatologues de plus de 55 ans. Ces dermatologues représentent déjà plus de 55 % des praticiens libéraux.

Alors que le nombre de dermatologues en formation est déjà insuffisant pour compenser numériquement le nombre de départs en retraite, cette carence risque d'être davantage ressentie par l'augmentation de la demande en soins. Il paraît essentiel d'augmenter davantage le nombre de dermatologues en formation.

Réévaluation de la pertinence de certaines consultations

Face à un accès difficile aux soins, la question de la pertinence des consultations se pose. Plusieurs études récentes ont mis en évidence un manque de pertinence pour certaines consultations dermatologiques [10, 11]. Par exemple, **le dépistage des cancers cutanés (motif de consultation le plus fréquent), a une faible rentabilité lorsqu'il n'est pas ciblé** : un diagnostic de mélanome est posé en moyenne pour 620 consultations de dépistage [12]. La mise en place de dépistages cutanés ciblés, basés sur les facteurs de risque

individuels (phototype I-II, plus de 50 nævi, tendance aux épiphélides, coups de soleil sévères durant l'enfance, séjour prolongé dans des pays à fort ensoleillement, antécédents personnels ou familiaux de mélanome) permettrait de limiter le nombre de personnes dépistées tout en améliorant le rendement et la détection précoce des mélanomes dans les populations à risque [13, 14, 15]. La SFD a lancé une campagne d'auto-dépistage « Yes I CAN » le 24 juillet 2025 (flyer accessible via le QR code ci-contre) [16].



Ce phénomène est probablement plurifactoriel et engage la responsabilité des autorités de santé, des patients et des médecins :

- La discipline est confrontée à de nombreuses campagnes de sensibilisation sur les impacts de l'exposition aux UV et la nécessité d'un dépistage précoce des lésions mélanocytaires. Or, les dermatologues ne sont pas en mesure d'assumer un dépistage non ciblé, pour les raisons expliquées précédemment.
- Les patients ont également une part de responsabilité dans la surconsommation du système de soins. Bien qu'il soit difficile de faire reposer l'orientation vers un dermatologue uniquement sur eux, certaines consultations relèvent d'un manque de bon sens (par exemple, un patient sans grain de beauté demandant un dépistage).
- Enfin, certains dermatologues contribuent à cette situation en renouvelant indéfiniment des consultations de dépistage inutiles chez des patients non à risque, parfois pour des raisons de confort d'exercice.

ESSOR DE LA TÉLÉMÉDECINE

Initialement, la télémédecine avait pour objectif de faciliter l'accès aux soins dermatologiques pour les populations vivant dans des déserts médicaux ou pour celles rencontrant des difficultés de déplacement, comme les personnes âgées en perte d'autonomie. Désormais, elle constitue également un mode d'entrée pour les nouveaux patients,

à la demande des professionnels de santé, essentiellement les médecins généralistes. Ce pré-tri permet d'orienter en priorité les patients qui en ont le plus besoin. Il doit être réalisé dans un cadre territorial, en respectant strictement les obligations légales, notamment celle selon laquelle le dermatologue ayant émis l'avis soit aussi celui qui verra le patient. Ce dispositif permet de réduire significativement les délais de prise en charge lorsque le motif de la demande le justifie : dans le domaine de l'oncologie cutanée, un patient est ainsi vu en moyenne sous 7 jours en cas de suspicion de mélanome, et sous 15 jours pour les autres carcinomes cutanés [17].

En 2024, la plateforme Omnidoc (opérant 90 % des téléexpertises) indiquait que 1700 dermatologues étaient sur celle-ci. On dénombre environ 40 000 téléexpertises mensuelles, réalisées à 54 % par l'hôpital et à 46 % par des dermatologues libéraux. Dans les réseaux structurés, 80 % des téléexpertises sont effectuées par des médecins hospitaliers (87 services actuellement), contre 20 % par des praticiens en ville, parfois via des réseaux libéraux organisés en équipes de soins spécialisées.

Cependant, la télémédecine présente plusieurs limites majeures : la qualité parfois insuffisante des images transmises, l'absence de dermoscopie pourtant indispensable à l'évaluation des lésions suspectes, ainsi que des délais de réponse souvent prolongés, notamment en raison du manque de temps spécifiquement alloué à cette activité pour les dermatologues. Par ailleurs, certaines demandes sont inadaptées ou ne relèvent pas d'une téléexpertise, ce qui contribue à alourdir la charge de travail et à désorganiser les circuits de prise en charge.

Ces contraintes rendent fréquemment nécessaire une consultation physique ultérieure, doublant ainsi le temps initialement prévu pour le patient. Toutefois, cela reste variable : ainsi, dans l'ESS DermatoBreizh, 40 % des téléexpertises nécessitent un rendez-vous en présentiel, avec un délai moyen de réponse de 47 heures et un délai médian de 12 heures.

CONCLUSION

La difficulté d'accès aux soins dermatologiques en France est pluri-factorielle. La principale cause est une diminution massive du nombre de dermatologues, mais également une demande croissante du nombre de consultations en lien avec le vieillissement de la population. On observe également une légère diminution de l'activité médicale, probablement liée en partie aux actes de dermatologie esthétique, bien que cette tendance soit moins marquée que ce qui est souvent suggéré. Contrairement aux idées reçues, ce sont les jeunes dermatologues qui pratiquent le plus d'actes médicaux. Les projections à l'horizon 2035 indiquent une poursuite du déclin du nombre de dermatologues, avec un impact prévisible sur l'offre de soins. Si les nouveaux entrants dans la

profession peuvent compenser une partie de cette baisse par une activité plus soutenue, cela ne suffira pas à répondre aux besoins croissants liés au vieillissement de la population.

Face à ce constat, plusieurs pistes d'amélioration doivent être envisagées. En premier lieu, l'augmentation du nombre d'internes en dermatologie (102 néo-internes en 2025) repose sur une densité cible surestimée et une capacité de renouvellement irréaliste pour les praticiens proches de la retraite. Cela reste très insuffisant au regard des besoins, estimés à au moins 150 nouveaux dermatologues annuels. De plus, la révision des stratégies de dépistage pour optimiser l'utilisation du temps médical semble nécessaire. Le dé-

veloppement de la télémédecine dans le cadre de réseaux territoriaux bien organisés, le regroupement des dermatologues en structures coordonnées et l'apport des assistants médicaux dans les cabinets libéraux (délégation de tâches sous supervision) pourraient contribuer à améliorer l'accès aux soins. L'intelligence artificielle pourrait également faciliter le tri et l'orientation des patients, notamment par les médecins généralistes. Celle-ci doit néanmoins être encadrée avec vigilance [18]. Enfin, la nécessaire collaboration entre la ville et l'hôpital représente un levier majeur pour fluidifier les parcours patients et garantir une meilleure continuité des soins.

RÉFÉRENCES

1. IFOP pour Sanofi. Étude réalisée par questionnaire auto-administré en ligne du 21 au 24 juillet 2023, auprès d'un échantillon national représentatif de 2 011 personnes âgées de 15 ans et plus, incluant 1 678 personnes affectées ou ayant déjà été affectées par une maladie de peau (dont 613 personnes souffrant ou ayant déjà souffert d'eczéma).
2. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Rapport d'activité 2023.
3. Halioua B et al. Étude sociodémographique des dermatologues libéraux en France métropolitaine en 2011. *Annales De Dermatologie Et De Vénérérologie*. 2012 Sep 3;139(12):803–11.
4. Le Monde. La dermatologie est au bord du précipice. 11 mars 2023.
5. Berkaoui I. Accès aux dermatologues en France : comprendre les raisons d'une offre de plus en plus limitée et projection à partir des données nationales de la CCAM. Rouen : Université de Rouen ; 2025.
6. INSEE. Indice des prix à la consommation.
7. Sulimovic A, et al. État des lieux de la dermatologie libérale. *Thérapeutiques en Dermato-Vénérologie* 2024;Feb.
8. INSEE. Projections de population 2021-2070.
9. Société Française de Dermatologie. Communiqué de presse : « Il est urgent de former plus de dermatologues ». Avril 2023.
10. Rat C et al. Why we should focus on Melanoma-Targeted Screening Strategies. *Dermatology*. 2017 Jan 1;233(6):480–1.
11. Johansson M et al. Screening for reducing morbidity and mortality in malignant melanoma. *Cochrane Library*. 2019 Jun 3;2019(6).
12. Waldmann A et al. Frequency of excisions and yields of malignant skin tumors in a Population-Based screening intervention of 360 288 Whole-Body examinations. *Archives of Dermatology*. 2012 May 21;148(8).
13. Hübner J et al. Association between risk factors and detection of cutaneous melanoma in the setting of a population-based skin cancer screening. *European Journal of Cancer Prevention*. 2017 Jul 7;27(6):563–9.
14. Quereux G et al. Creation and test of a questionnaire for self-assessment of melanoma risk factors. *European Journal of Cancer Prevention*. 2010 Jan 1;19(1):48–54.
15. Quereux G et al. Validation of the Self-Assessment of Melanoma Risk Score for a melanoma-targeted screening. *European Journal of Cancer Prevention*. 2012 May 3;21(6):588–95.
16. Société Française de Dermatologie. Communiqué de presse : « La Société Française de Dermatologie lance une campagne nationale d'auto-dépistage des cancers cutanés : « YES, I CAN ». Juillet 2025.
17. Langlois A. Utilisation de la télédépistage par les dermatologues en Haute Normandie dans le cadre de la suspicion de cancer cutané. Rouen : Université de Rouen ; 2025.
18. Société Française de Dermatologie. Communiqué de presse : « La Société Française de Dermatologie alerte sur les dérives de l'IA dans le dépistage des cancers cutanés : un encadrement s'impose d'urgence ». Juillet 2025.

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 derniers mois. 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 troisième édition de la RJD, nous avons sélectionné 5 articles originaux.



RELECTURE GÉNÉRALE

Albertine LYNCH



BREF

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





IMPACT SUR LA PRATIQUE

1. RECOMMANDATIONS FRANÇAISES POUR LA PRISE EN CHARGE DE L'HIDRADÉNITE SUPPURÉE

European S2k guidelines for hidradenitis suppurativa/acne inversa part 2 : Treatment. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2024 Dec 19. doi: 10.1111/jdv.20472. Epub ahead of print. PMID: 39699926.

CHLOÉ CHALLAMEL, Toulouse ; LISA MAUDET, Nancy

Liens d'intérêt : aucun

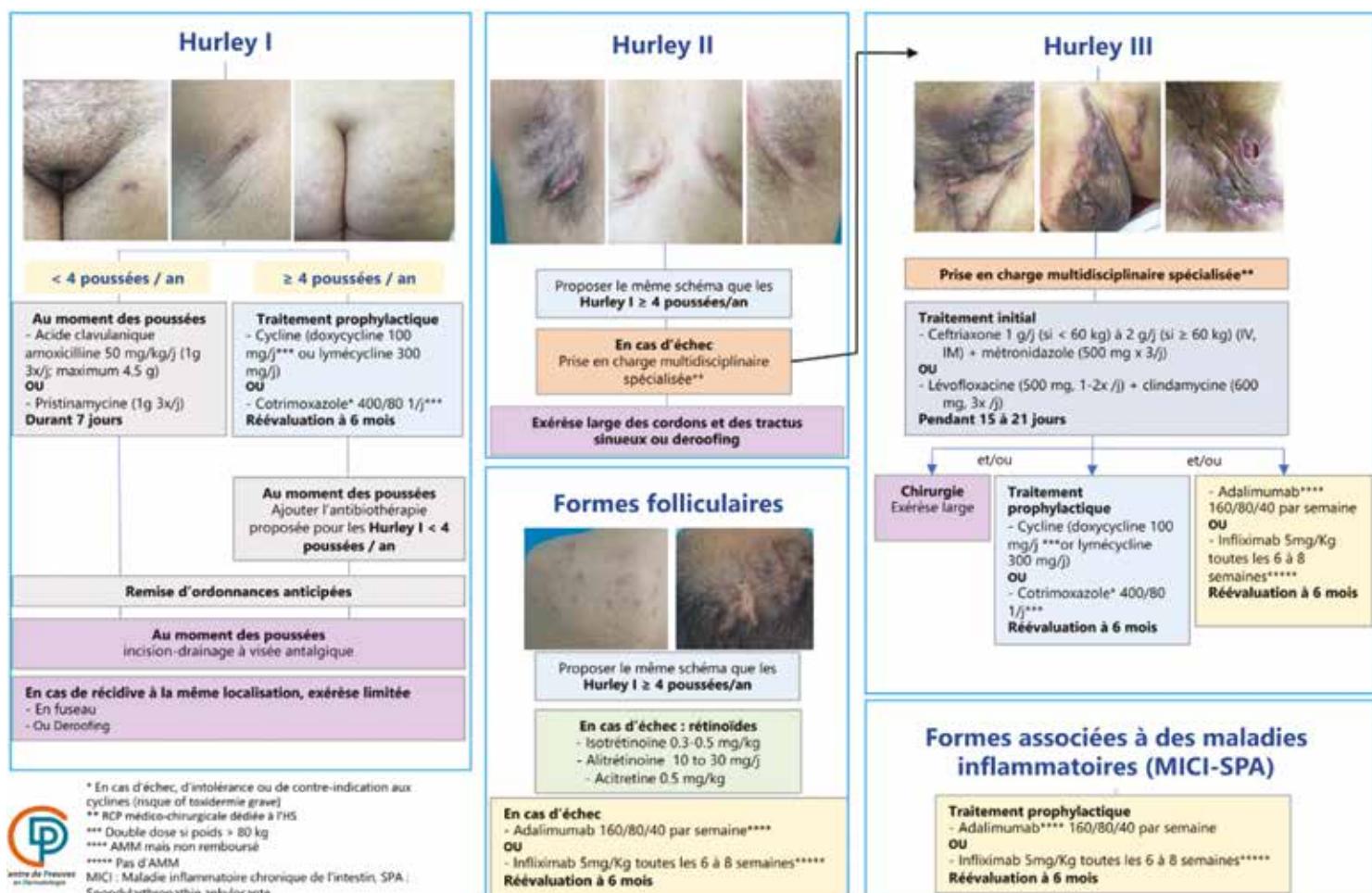
Résumé

L'hidradénite suppurée (HS) est une maladie chronique nécessitant une prise en charge multidisciplinaire de long terme afin de prendre en compte la douleur, l'impact psychologique, les traitements médicaux et chirurgicaux et la préservation de l'écosystème microbien.

Le diagnostic d'HS repose sur un faisceau d'arguments cliniques, associant :

- Des lésions typiques : nodules et abcès douloureux évolutifs vers la suppuration, la fistulisation ou la formation de cicatrices ;
- Dans des localisations typiques : aisselles, plis inguinaux, région périanale ou périnéale, seins et plis sous-mammaires, pli inter-fessier, pubis ;
- Une évolution typique des lésions : chronique et récidivante, avec au moins 2 poussées en 6 mois.

Les recommandations présentées constituent une mise-à-jour des recommandations européennes de 2015. Réalisées conformément à la méthode DELPHI, elles visent à améliorer la prise en charge des patients atteints d'HS classés en deux groupes **selon s'ils présentent ou non une forme inflammatoire** de la maladie. Les scores recommandés pour apprécier la sévérité de l'atteinte clinique sont l'IHS4 et l'IHS4-55.



2. LE REMIBRUTINIB DANS L'URTICAIRE CHRONIQUE SPONTANÉE

Metz M, Giménez-Arnau A, Hide M, Lebwohl M, Mosnaim G, Saini S, Sussman G, Szalewski R, Haemmerle S, Lheritier K, Martzloff ED, Seko N, Wang P, Zharkov A, Maurer M; REMIX-1 and REMIX-2 Investigators; REMIX-1 Investigators; REMIX-2 Investigators. Remibrutinib in Chronic Spontaneous Urticaria. *N Engl J Med.* 2025 Mar 6;392(10):984-994. doi: 10.1056/NEJMoa2408792. PMID: 40043237.

Sarah MILESI, Toulouse

Liens d'intérêt : aucun

Résumé

L'urticaire chronique spontanée (UCS) est caractérisée par la survenue d'un prurit, de papules migratrices et/ou d'un angioœdème de façon répétée pendant plus de 6 semaines, sans facteur déclenchant identifiable.

Les antihistaminiques H1 de 2^{ème} génération constituent la première ligne thérapeutique de l'UCS, mais plus de 50 % des patients conservent des symptômes malgré l'augmentation des anti-H1 à la posologie maximale de quatre comprimés par jour. Selon les guidelines internationales, l'omalizumab, anticorps monoclonal anti-IgE, constitue actuellement le seul traitement validé après l'échec des antihistaminiques.

Le remibrutinib est un inhibiteur hautement sélectif de la tyrosine kinase de Bruton permettant de bloquer la dégranulation mastocytaire en aval du récepteur à l'IgE (FcεRI).

L'article présente les résultats de deux essais de phase 3 (REMIX-1 et REMIX-2) évaluant l'efficacité (score UAS7) du remibrutinib contre placebo à 12 semaines chez les patients

présentant une UCS résistante aux anti-H1 de 2^{ème} génération. Dans ces deux essais de design identique multicentriques en double aveugle, les patients étaient randomisés en 2:1 à recevoir le remibrutinib à la dose de 25 mg deux fois par jour versus en association à un traitement antihistaminique de fond, ou le placebo associé aux antihistaminiques. 925 patients ont été inclus dont 470 dans REMIX-1 et 455 dans REMIX-2 et suivis pour une période prédefinie de 24 semaines.

Les résultats montrent une diminution significativement plus importante du score UAS7 à 12 semaines chez les patients recevant le remibrutinib, dans REMIX 1 ($-20,0 \pm 0,7$ vs $-13,8 \pm 1$, $p < 0,001$) et REMIX 2 ($-19,4 \pm 0,7$ vs $-11,7 \pm 0,9$, $p < 0,001$). L'effet était observé dès la première semaine de suivi et se maintenait dans le temps jusqu'à la semaine 24.

Les taux d'événements indésirables étaient similaires entre les groupes remibrutinib (64,9 %) et placebo (64,7 %). La majorité d'entre eux

étaient légers ou modérés. À noter la fréquence significativement plus élevée de pétéchies dans le groupe traité (3,8 %) que dans le groupe placebo (0,3 %). Ces dernières étaient transitoires et n'ont entraîné l'arrêt du traitement que chez un seul patient. Les rares effets indésirables sévères rapportés (3,3 % dans le groupe remibrutinib vs 2,3 % dans le groupe placebo) n'ont pas été considérés comme imputables au traitement.

Commentaire

Le remibrutinib pourrait représenter une alternative thérapeutique attractive, en amont ou en parallèle des anti-IgE, notamment pour les patients nécessitant des thérapeutiques orales. Les données à long terme manquent toutefois pour confirmer le maintien de l'efficacité au-delà de 24 semaines, ainsi que des données d'efficacité comparatives à la molécule de référence actuelle que constitue l'omalizumab. Des études sont actuellement en cours quant à l'efficacité du remibrutinib dans l'urticaire induite.

INNOVATION

1. CARACTÉRISATION SUR MODÈLE MURIN D'UN AXE CORPS-CERVEAU TRANSITANT PAR LE NERF VAGUE ET PERMETTANT DE MODULER LES RÉPONSES IMMUNITAIRES INNÉES

Jin H, Li M, Jeong E, Castro-Martinez F, Zuker CS. A body-brain circuit that regulates body inflammatory responses. *Nature.* 2024 Jun;630(8017):695-703. doi: 10.1038/s41586-024-07469-y. Epub 2024 May 1. PMID: 38692285; PMCID: PMC11186780.

Arno Wahler, Paris

Liens d'intérêt : aucun

Résumé

La modulation de la réponse immunitaire par des mécanismes neurologiques centraux est une voie de recherche prometteuse offrant

d'importantes perspectives thérapeutiques. Dans cette étude sur modèle murin, les auteurs ont mis en évidence deux populations neu-

ronales distinctes qui réagissent aux cytokines pro- et anti-inflammatoires libérées lors de l'activation du système immunitaire inné. Cette ré-

LE JOURNAL CLUB DE LA FDVF

ponse est médiaée par le nerf vague jusqu'au noyau caudal du tractus solitaire (cNST) dans le tronc cérébral, déclenchant une modulation centrale de l'inflammation encore mal caractérisée.

Identification de l'axe corps-cerveau transitant par le nerf vague

Les auteurs ont d'abord identifié des neurones vagaux spécifiques, activés par des signaux inflammatoires périphériques et transmettant l'information au cNST. L'injection de lipopolysaccharide (LPS) entraîne l'activation de neurones dans le cNST, mais cet effet ne résulte pas d'un contact direct entre le LPS et ces neurones, suggérant un relais via le nerf vague.

Rôle du cNST et modulation de l'inflammation

L'inhibition du cNST induit une inflammation périphérique excessive, caractérisée par une forte augmentation des cytokines pro-inflammatoires et une réduction des cytokines anti-inflammatoires. À l'inverse, son activation module la réponse inflammatoire en réduisant les cytokines pro-inflammatoires et en augmentant celles dont l'effet est anti-inflammatoire.

Identification des populations neuronales spécifiques du cNST

Le séquençage d'ARN monocellulaire a permis d'identifier les neurones glutamatergiques du cNST comme responsables de la suppression de l'inflammation. Grâce à une imagerie *in vivo* ciblée, les auteurs ont également mis en évidence des sous-populations spécifiques de neurones vagaux réactifs aux cytokines inflammatoires. Certaines sont activées par l'interleukine (IL) 10 et favorisent la réponse anti-inflammatoire, tandis que d'autres répondent aux cytokines pro-inflammatoires (IL-6, IL-1 β , *tumor necrosis factor*) et participent à l'atténuation de la réponse inflammatoire excessive. Ainsi, deux voies neuronales distinctes assurent la transmission des signaux inflammatoires et anti-inflammatoires entre la périphérie et le cNST, régulant ainsi la réponse immunitaire.

Restauration de l'équilibre immunitaire

Les auteurs ont exploré le potentiel thérapeutique de l'activation de ce circuit dans deux modèles pathologiques. Premièrement, ils ont montré que son activation améliore la survie de souris exposées à une dose létale de LPS. Deuxièmement, chez des souris atteintes de colite ulcéreuse, l'activation de ce circuit réduit l'inflammation et améliore la survie.

Conclusion et perspectives thérapeutiques

Ce travail sur modèle murin met en évidence un circuit corps-cerveau transitant via le nerf vague et jouant un rôle clé dans la régulation de l'inflammation. Sa modulation pourrait ouvrir de nouvelles perspectives thérapeutiques pour le traitement des maladies inflammatoires et auto-immunes.

Commentaire

Grâce à une approche combinant neurophysiologie et manipulation génétique sélective sur modèle murin *in vivo*, les auteurs mettent en évidence le rôle clé de la modulation centrale dans les processus immunitaires innés. Ils identifient des populations neuronales spécifiques à certaines cytokines au sein du nerf vague ainsi que des populations de neurones centraux dans le noyau caudal du tractus solitaire, ouvrant la voie à une meilleure caractérisation des mécanismes modulant leurs effets respectifs. Des questions demeurent, notamment concernant la manière dont les signaux descendants influencent les réponses cytokiniques des cellules périphériques. Inscrit dans la continuité des recherches sur l'interaction entre système nerveux central et immunité périphérique, ce travail pourrait ouvrir des perspectives thérapeutiques pour les maladies impliquant une réponse immunitaire altérée.

2. DÉVELOPPEMENT D'ANALYSES MOLÉCULAIRES POUR PROPOSER DES TRAITEMENTS PERSONNALISÉS DES DERMATOSES INFLAMMATOIRES

Seremet T, Di Domizio J, Girardin A, et al. Immune modules to guide diagnosis and personalized treatment of inflammatory skin diseases. *Nat Commun.* 2024 Dec 18;15:10688. doi:10.1038/s41467-024-40739-w.

Clément Svabek, Lille

Liens d'intérêt : aucun

Résumé

Ces dernières années, les biothérapies ciblées ont transformé la prise en charge des dermatoses inflammatoires chroniques - psoriasis, eczéma, lupus cutané, lichen plan. Chacune de ces pathologies est associée à une voie immunitaire

spécifique. Si ces traitements sont souvent efficaces, une partie des patients n'y répond pas, ce qui peut faire suspecter une erreur diagnostique ou un mauvais ciblage thérapeutique.

Pour améliorer la précision diagnostique et guider le choix du traitement, les auteurs ont développé une cartographie moléculaire à partir de l'analyse de l'expression de 600 gènes impliqués dans l'immunité sur des biopsies cutanées

de 264 patients. Un sous-groupe de cas « sentinelles » — patients présentant des tableaux cliniques et histologiques typiques — a permis d'identifier sept « modules immunitaires ». Il s'agit de groupes de gènes dont l'activation simultanée reflète une voie inflammatoire bien définie : Th1, Th2, Th17, IFN de type I, neutrophilique, macrophagique ou éosinophilique.

L'analyse des profils d'expression a permis de regrouper les maladies selon leur module immunitaire dominant en s'appuyant sur des méthodes de classification visuelle des profils moléculaires pour détecter des signatures homogènes au sein de chaque entité. Ces signatures semblent rester stables quel que soit le site de prélèvement ou le moment du recueil.

La performance diagnostique de cette méthode était nettement supérieure aux examens histopathologiques classiques (indice Fowlkes-Mallows de 0,95 contre 0,74), ce qui est particulièrement intéressant pour les cas complexes comme les érythrodermies ou les éruptions indéterminées, où elle permet d'orienter le diagnostic (psoriasis, dermatite

atopique, toxidermie, etc.) avec une précision parfaite ($FM = 1,00$).

Chez 80 patients recevant une biothérapie ciblée, les biopsies pré-thérapeutiques ont révélé que les répondeurs présentaient systématiquement un module dominant correspondant à la cible du traitement (ex. Th2 pour le dupilumab). À l'inverse, les non-répondeurs avaient souvent un profil immunitaire non concordant avec la thérapie reçue. Chez plusieurs d'entre eux, un ajustement du traitement basé sur le module identifié a permis une réponse clinique complète. À noter que l'on retrouvait aussi des cas de basculement de profil immunitaire sous traitement (ex. passage du profil Th2 au profil Th1), suggérant un mécanisme d'échappement thérapeutique.

Cette stratégie prometteuse de médecine de précision appliquée à la dermatologie pourrait être intégrée à la pratique clinique après automatisation et simplification du procédé. Elle nécessitera également le développement de méthodes de prélèvement moins invasives que la biopsie, et l'élargissement du panel génique analysé pour affiner certains profils.

Commentaire

Bien que la médecine de précision soit déjà développée en onco-dermatologie, cette étude ouvre la voie à une approche plus personnalisée dans le champ des dermatoses inflammatoires. Un suivi longitudinal des modules immunitaires chez un même patient pourrait permettre de détecter précocement un échappement thérapeutique et d'adapter le traitement en temps réel. Il serait également intéressant d'évaluer le rapport coût-efficacité de cette approche, qui pourrait permettre à terme de limiter les échecs thérapeutiques et d'optimiser les dépenses associées.

Cependant, le coût encore élevé de cette technologie restreint pour l'instant sa diffusion en dehors des centres spécialisés. De plus, le délai nécessaire pour obtenir et interpréter les résultats reste difficilement compatible avec certaines situations cliniques urgentes. Enfin, le panel actuel de 600 gènes pourrait ne pas suffire pour couvrir toute la diversité des profils inflammatoires.

Cette approche mérite d'être affinée, afin d'être intégrée de manière pragmatique à la prise en charge des dermatoses inflammatoires.

ORIGINALITÉ

1. RÉDUCTION DU RISQUE DE MARCHE ATOPIQUE CHEZ LES ENFANTS ATTEINTS DE DERMATITE ATOPIQUE TRAITÉS PAR DUPILUMAB

T-L Lin, Y-H Fan, K-S Fan and al., Reduced atopic march risk in pediatric atopic dermatitis patients prescribed dupilumab versus conventional immunomodulatory therapy: A population-based cohort study, Am Acad Dermatol. 2024 Sep;91:466-473

Marion Testard, Nancy

Liens d'intérêt : aucun

Résumé

La dermatite atopique (DA) est une dermatose inflammatoire associée à l'asthme et à la rhinite allergique (RA). On parle de "marche atopique" lorsque ces deux comorbidités font suite à la DA. Elles concernent deux tiers des patients atopiques, plus fréquemment dans les formes sévères de DA. Le dupilumab (DUP1) est un anticorps monoclonal ciblant le récepteur des interleukines 4 et 13, ayant fait la preuve de son efficacité

dans le traitement de la DA. L'objectif de l'étude est d'étudier l'impact du DUP1 versus un traitement conventionnel (CONV) sur la marche atopique et d'identifier d'éventuelles variations en fonction de l'âge. Cette étude de cohorte rétrospective a inclus des patients de moins de 18 ans traités pour une DA, ayant reçu soit le dupilumab soit un traitement conventionnel (corticoïdes systémiques, méthotrexate, azathio-

prine, ciclosporine). Les patients précédemment traités par un autre traitement immunomodulateur que le dupilumab ou ayant un antécédent d'asthme ou de RA ont été exclus. Les deux cohortes étaient appariées selon un ratio de 1:1 en fonction de l'âge, du sexe, de l'origine ethnique, des comorbidités, des bilans biologiques et des traitements antérieurs. L'événement d'intérêt principal était l'apparition d'un asthme ou d'une

LE JOURNAL CLUB DE LA FDVF

RA au cours des 3 ans de suivi. Des analyses en sous groupe ont été réalisées selon le groupe d'âge (moins de 6 ans, 6 à 12 ans et plus de 12 ans).

Les deux cohortes comprenaient 2192 enfants, d'âge moyen de 9 ans et de 7 ans respectivement à l'inclusion. L'incidence cumulée de progression de la maladie atopique dans le groupe DUP1 était significativement plus faible (20,09 % ; IC 95 %, 16,84 %-23,88 %) que dans le groupe CONV (27,22 % ; IC 95 %, 23,41 %-31,52 %). En analysant l'asthme et la RA pris isolément, l'incidence cumulée sur 3 ans dans le groupe DUP1 était significativement diminuée tant pour l'asthme (9,43 % ; IC 95 %, 7,10 %-12,46 % vs 14,64 % ; IC 95%, 11,70 %-18,23 % ; P = .001) que pour la RA (13,57 % ; IC 95 %,

10,93 %-16,78 % vs 20,52 % ; IC95 %, 17,03 %-24,62 % ; P = .003) par rapport au groupe CONV. Dans le groupe DUP1, il a été mis en évidence une réduction significative de la progression de la maladie atopique (HR 0,679, IC 95% 0,554-0,831) et d'asthme (HR 0,600, IC 95 % 0,446-0,808), ceci quel que soit le groupe d'âge. Les enfants ayant un asthme ou une RA avaient également significativement moins de symptômes et de traitements dans le groupe DUP1 par rapport au groupe CONV.

Ces résultats suggèrent que le traitement des enfants ayant une DA par dupilumab permettrait de diminuer significativement le risque de développer une marche atopique, un asthme ou une RA.

Commentaire

Le dupilumab influence les mécanismes de la marche atopique en ciblant l'IL-4 et l'IL-13, en réduisant la production d'IgE et en agissant sur l'immunité de type 2. Dans cette étude, les plus jeunes enfants traités par dupilumab ont eu davantage de bénéfices : la réduction de la progression de la marche atopique était plus importante dans le sous-groupe des moins de 6 ans. Il est à souligner que les groupes à l'étude ont été appariés sur de nombreux critères cliniques et démographiques afin de diminuer l'impact du caractère observationnel et rétrospectif, principale limite méthodologique de cette étude.

TESTEZ VOS CONNAISSANCES



CAS CLINIQUE N°1 (à partir du concours du cas clinique le plus trompeur)

Louis MARCHON

CHU Angers

Anamnèse : Homme de 69 ans présentant une lésion de la paupière supérieure droite depuis plus de 6 mois.

Antécédents : Cirrhose, HTA.

Traitements : AVLOCARDYL, LASILIX.

Cliniquement : Présence d'une ulcération bourgeonnante de 1.5 cm, adhérente à l'arcade sourcilière, aux bords rétractés.

Histologie réalisée un mois auparavant retrouvant un aspect de bourgeon charnu ré-épidermisé.

Absence de prolifération tumorale.



Quel est votre diagnostic ?

CAS CLINIQUE N°2 (à partir du concours du cas clinique le plus trompeur)

Œdèmes et nodules inflammatoires, de multiples hypothèses diagnostiques...

Roxane REVIRON

Dr Junior (8^{ème} semestre), Centre Hospitalier Emile Durkheim, Epinal

Anamnèse : Patient d'une trentaine d'années, aux antécédents médicaux de trisomie 21 et d'hypothyroïdie supplémentée, consulte pour des œdèmes érythémato-violacés des deux mains ainsi que de multiples nodules violacés péri-articulaires et des faces d'extension des quatre membres évoluant depuis environ 9 mois.

Cliniquement : Le dos des mains présente un érythème violacé avec une peau fine et luisante. L'œdème est mou, sans signe du Godet (Figure 1A). Les nodules violacés sont fibreux, indolores et mobiles (Figure 1B). L'état général est conservé sans arthralgie ni adénopathie périphérique associées.

TESTEZ VOS CONNAISSANCES



Figure 1 : œdème érythémato-violacé du dos des mains ne prenant pas le godet (1.A).
Nodules fibreux du coude et de l'avant bras droit (1.B)

Quelles sont votre/vos hypothèse(s) diagnostiques ?

CAS CLINIQUE N°3 (à partir du concours du cas clinique le plus trompeur)

Une inflammation mammaire pleine de surprise

BRETELLE Maëlys

6^{ème} semestre, Hôpital Saint Louis

Mme M, âgée de 34 ans

ATCD personnel

- ♦ Hidradénite suppurée Hurley I
- ♦ G1P1
- ♦ IMC : 34,7
- ♦ Suspicion d'allergie aux AINS

Contexte clinique

Apparition brutale en septembre 2023 de nodules inflammatoires du sein droit avec fistulisation spontanée puis bilatéralisation des nodules et formation d'abcès (Figures 1).

Traitements reçus

- ♦ Antibiothérapie par Augmentin et Flagyl (sans efficacité).
- ♦ Cortancyl jusqu'à 0,4 mg/kg/j : efficace mais récidive dès l'arrêt.



Figure 1 : A. Nodules sous-cutanés douloureux du sein droit avec présence de fistules cutanées dans le quadrant supéro-externe.
B. Abcès du sein gauche des quadrants externes débordant sur la plaque aérolo-mamelonaire

Examens complémentaires réalisés

- ♦ **Bilan biologique** : Syndrome inflammatoire biologique avec CRP 48 mg/L, leucocytes 23,8 G/L, PNN 21,6 G/L. Prolactine, ECA et calcémie normales.
- ♦ **Prélèvement bactériologique** : Positif à *Corynebacterium kroppenstedtii*.
- ♦ **Prélèvement mycologique et mycobactériologique** : Négatifs.
- ♦ **IRM mammaire** : Mastite inflammatoire bilatérale pré-dominante à droite avec multiples collections. Adénopathies axillaires bilatérales.
- ♦ **Échographie mammaire** : Nodules en voie d'abcédatation.

Quelle(s) est(sont) votre(vos) hypothèse(s) diagnostique(s) ?

RÉPONSES CAS CLINIQUES



RÉPONSE CAS CLINIQUE N°1

Mucocèle frontale fistulisée

Tumeur bénigne des sinus causée par une obstruction chronique de l'ostium. Développée le plus souvent au niveau des sinus frontaux et ethmoïdaux, pouvant, rarement, se fistuliser à la peau via l'érosion osseuse provoquée par la pression et l'inflammation locale.

Aspect clinique trompeur pouvant faire évoquer un carcinome.

La présence d'un écoulement et d'une adhérence au plan profond peut orienter vers le diagnostic. Cette lésion se développe de l'intérieur vers l'extérieur, expliquant l'aspect adhérent au plan osseux sous-jacent et les bords rétractés.

Le traitement est chirurgical (ORL) et consiste en une décompression endoscopique et un drainage.

Une lésion fixée à l'os peut témoigner d'un envahissement de la peau vers la profondeur, ou plus rarement comme dans notre cas de la fistulisation vers la peau d'une lésion sous-jacente. L'examen clef est alors le scanner et non la biopsie cutanée.

RÉPONSE CAS CLINIQUE N°2

Acrodermatite chronique atrophiante

Les examens complémentaires montraient une enzyme de conversion de l'angiotensine élevée 111,6 U/L (N 10 à 80), un facteur rhumatoïde, des anticorps anti-CCP négatifs et un quantiféron négatif. La **sérologie Borrelia burgdorferi sensu lato** était positive en IgG avec un titre élevé à >540 UA/ml ainsi qu'un Western Blot positif. La PCR lyme sur biopsie cutanée était négative. Les scanner thoraco-abdomino-pelvien et PET scanner réalisés étaient normaux. L'analyse anatomopathologique d'un nodule fibreux du bras montrait un infiltrat interstitiel et périvasculaire lympho-plasmocytaire et des plages de fibrose en profondeur (Figure 2).

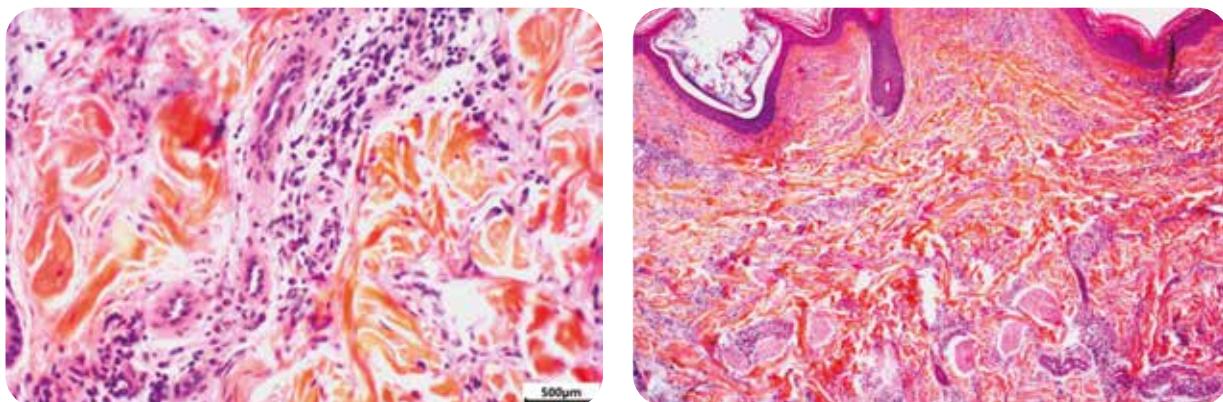


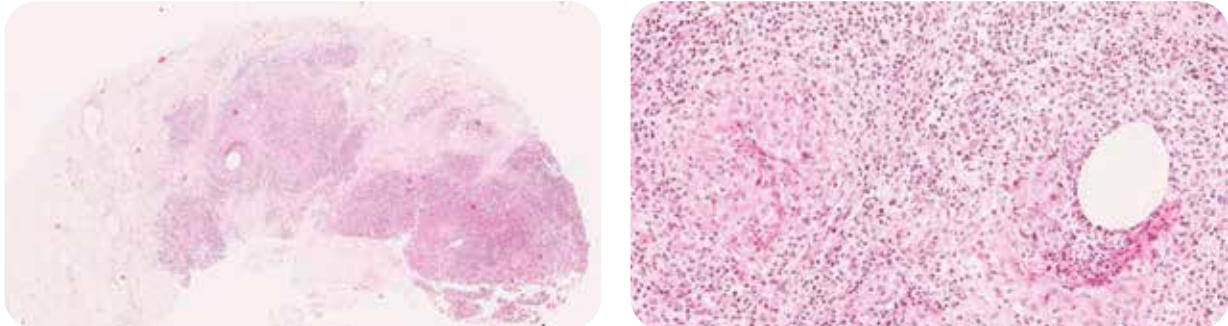
Figure 2 : Biopsie d'un nodule fibreux du bras retrouvant un infiltrat interstitiel périvasculaire lympho-plasmocytaire ainsi que des plages de fibrose en profondeur

Nous avons donc retenu le diagnostic d'acrodermatite chronique atrophiante en phase inflammatoire avec œdèmes majeurs des mains et nodules fibreux multiples. L'évolution a été favorable après un traitement par Doxycycline relayée par Ceftriaxone devant la taille importante des nodules.

D'autres diagnostics auraient pu être évoqués dans ce contexte comme une sarcoïdose, des nodules rhumatoïdes ou encore une atteinte tumorale nodulaire (lymphome...).

RÉPONSE CAS CLINIQUE N°3

Une biopsie mammaire a été réalisée retrouvant un aspect de mastite granulomateuse kystique neutrophilique (Figures 2).



Figures 2 : A. Granulomes lobulo-centriques sans nécrose accompagnés d'un infiltrat inflammatoire dense (grossissement x4).
B. Granulomes épithélioïdes associés à de nombreux polynucléaires neutrophiles autour d'un micro-kyste (grossissement x25)

Le diagnostic retenu est celui d'une **mastite granulomateuse idiopathique**. Il s'agit d'une maladie rare du sein atteignant majoritairement les patientes de 20 à 40 ans.

Les diagnostics différentiels à évoquer sont :

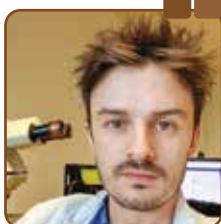
- ◆ Un carcinome mammaire inflammatoire ;
- ◆ Une maladie de Verneuil mammaire ;
- ◆ Une mastite granulomateuse infectieuse (tuberculose...) ;
- ◆ Une mastite granulomateuse d'origine inflammatoire (sarcoïdose, vascularite...) ;
- ◆ Une mastite plasmocytaire.

La clinique, l'histologie et les examens complémentaires permettent d'écartier ces diagnostics.

Le traitement consiste en la prise d'anti-inflammatoires (*Wolfrum A, Breast Care, 2018 Dec*). L'origine infectieuse est discutée en raison de *C. kroppenstedtii* parfois retrouvé dans les biopsies (*Taylor GB, Pathology, avr 2003*).

Relecture générale par Claire LESPORT et Kim BERNARD

VIGNETTE DERMATO-PATHOLOGIE

**Maxence PELLOUX**

Interne en Anatomie et Cytologie Pathologique au CHU Grenoble Alpes

**Dr Hugo GIL**

Praticien hospitalier du CHU Grenoble Alpes Spécialisé en dermatopathologie et pathologie ORL

VIGNETTE CLINIQUE : LEISHMANIOSE CUTANÉE

Un homme de 32 ans, musher professionnel, consultait suite à l'apparition quelques mois plus tôt de cinq lésions papulo-nodulaires asymptomatiques. Ces lésions siégeaient sur la nuque (1,5 cm), les hypochondres droit et gauche, la cuisse gauche et le dos du pied droit (Fig. 1A). Dans ses antécédents, on notait essentiellement des voyages récents en République Dominicaine, au Maghreb, à l'île Maurice et au Népal.

Un premier prélèvement fut d'abord réalisé sous la forme d'une exérèse de la lésion de l'hypochondre droit. L'histologie concluait à un lichen et un traitement par dermocorticoïdes forts pendant 6 mois s'est avéré efficace sur toutes les lésions sauf la lésion nucale.

Le patient s'est ensuite présenté chez son médecin traitant, 1 an et demi plus tard, pour récidive des lésions aux mêmes sites. Une nouvelle biopsie révélait cette fois-ci une infiltration dermique diffuse et profonde lymphohistiocytaire, constituée d'une part de lymphocytes T de taille moyenne à grande associés à des cellules B réactionnelles, plasmocytaires et des polynucléaires éosinophiles; et d'autre part d'histiocytes CD68+ s'organisant autour de nombreux granulomes gigantocellulaires, présents sur toute la hauteur du derme (Fig. 1A).

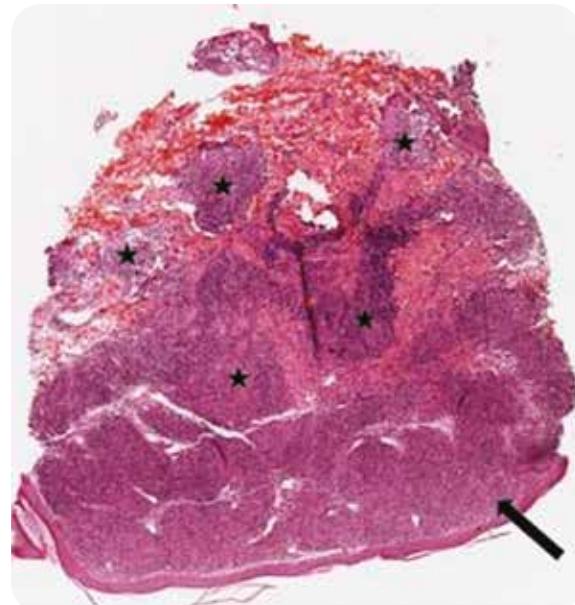


Fig. 1A : Visualisation de la globalité du prélèvement au x4, présence d'un dense infiltrat inflammatoire au sein du derme (flèche); ce dernier s'étend en profondeur, s'organisant sous la forme de granulomes épithélioïdes (étoiles)

L'étude immunohistochimique montrait des lymphocytes CD3+ et CD4+, sans marquage CD20. On retrouvait également quelques cellules CD8+, de rares cellules CD30+ ainsi qu'un discret épidermotropisme souligné par le CD3 et le CD4, sans signes de transformation maligne. Le diagnostic retenu a donc été celui d'un Mycosis fongoïde granulomateux, confirmé lors d'une relecture à l'hôpital Saint-Louis. L'infiltrat lymphocytaire jugé trop important a permis d'écartier les diagnostics de sarcoïdose ou de granulome annulaire.

Une nouvelle biopsie a donc été réalisée à la recherche d'un clone cutané (le prélèvement précédent étant épuisé). Cette dernière revenant négative, le cas a été discuté avec le Groupe Français d'Etude des Lymphomes Cutanés (GFECL). Suite à nouvelle relecture des lames, le diagnostic a été réorienté vers une étiologie infectieuse type **leishmaniose** en raison de la richesse en plasmocytes et de la présence de corps de Leishman en surface (Fig. 1B).

L'évolution fut favorable après arrêt des dermocorticoïdes de classe 1 (clarelux / dermoval) et cryothérapie des lésions persistantes.

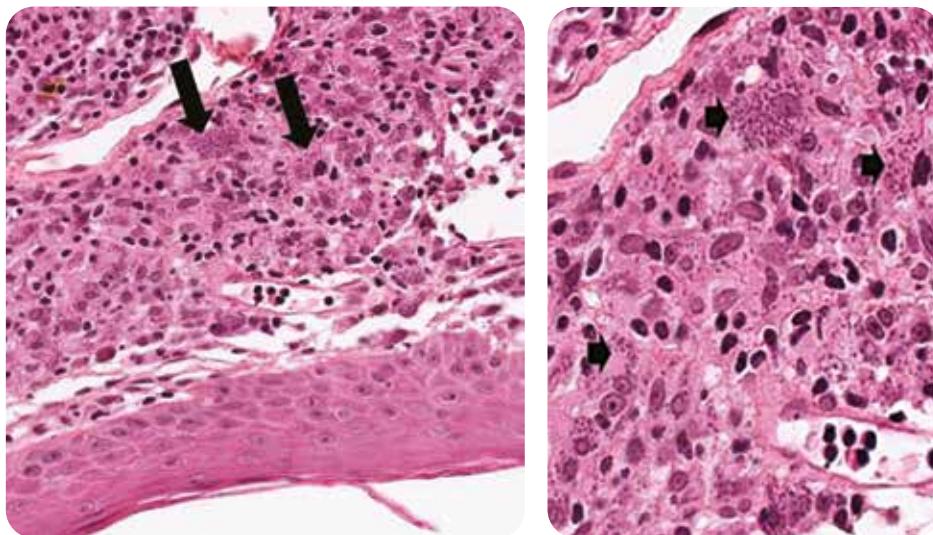


Fig. 1B : [À gauche] : Focus sur le derme (x20) on y retrouve l'infiltrat lympho-histiocytaire. On visualise par ailleurs les amastigotes au sein du cytoplasme des histiocytes (flèche). [À droite] : Amastigotes intracytoplasmiques au x40 (flèches).

Topo : Leishmaniose cutanée



Photographie provenant de la présentation du Pr Pierre BUFFET, DIU de Dermatologie infectieuse et tropicale à Paris.

La leishmaniose cutanée est une parasitose endémique retrouvée autour du bassin méditerranéen et en Afrique subsaharienne pour la leishmaniose de l'Ancien Monde ainsi qu'en Amérique du Sud pour la leishmaniose du Nouveau Monde. Cette distinction repose sur l'espèce en cause. Il s'agit principalement de *Leishmania major*, *L. tropica* et *L.infantum* pour la forme de l'Ancien Monde et *L. braziliensis* et *L. guyanensis* pour celle du Nouveau Monde.

Cliniquement, elle se présente classiquement sous la forme de lésions papulo-nodulaires chroniques évoluant sur plusieurs mois, et traduisant la réaction inflammatoire chronique de l'hôte face au parasite intracellulaire obligatoire.

Le diagnostic peut être confirmé de différentes manières :

- Examen histologique (biopsie cutanée) ou cytologique mettant directement en évidence le parasite.

- PCR spécifique sur tissu fixé : sensibilité de 97 % même avec peu d'amastigotes.
- Sérologie : moins sensible pour les formes cutanées.
- Intradémo-réaction à la leishmanine (test de Montenegro).
- Culture sur milieux spécialisés (NNN, RPMI) : gold standard mais de réalisation difficile.

L'histologie de la leishmaniose cutanée varie considérablement selon le stade clinique évolutif de l'infection et la réponse immunitaire de l'hôte. Les aspects histopathologiques peuvent être classés en cinq patterns principaux (NB : les pourcentages de fréquence observés sont issus d'une revue monocentrique de 40 biopsies PMID: 17664781 & DOI : 10.1016/j.jaad.2014.09.014) :

- **Pattern type 1 - 45 %** : abondance d'amastigotes dans les macrophages dermiques, infiltrat dense, possible zone de Grenz (bande de derme papillaire, atteint en cas d'étiologie infectieuse).
- **Pattern type 2 - 27,5 %** : infiltrat mixte (macrophages, PNN, plasmocytes) avec nécrose, diminution des amastigotes.
- **Pattern type 3 - 15 %** : ou phase granulomateuse précoce, formation granulomateuse débutante, raréfaction des amastigotes.
- **Pattern type 4 - 5 %** : ou phase granulomateuse tardive, caractérisé par la présence de granulomes épithélioïdes bien formés avec cellules géantes de Langerhans, amastigotes très rares ou absents.
- **Pattern type 5 - 7,5 %** : aspécifique comprenant un infiltrat inflammatoire mononucléé abondant composé de lymphocytes, plasmocytes et macrophages

Ces patterns corrèlent donc avec la présentation clinique rapportée et l'évolutivité de cette dernière, en effet pour les lésions aiguës (diantant de moins de 3 mois) ce sont les patterns type 1 et 2 qui sont les plus observés, tandis que pour les lésions tardives ce sont les patterns types 3 et 4 qui ont été le plus décrits. Le pattern type 5 était présent de manière homogène dans les deux sous groupes évolutifs.

Le traitement de première intention reste la cryothérapie en association aux injections intra-lésionnelles de glucantime pour les formes localisées de l'Ancien Monde (taux de guérison de 84 % avec 4 séances hebdomadaires). Les traitements systémiques (antimoniate de méglumine, amphotéricine B liposomale, miltefosine) sont réservés aux formes étendues, résistantes, immunodéprimées ou du Nouveau Monde.

Discussion

Ce cas illustre parfaitement les difficultés diagnostiques de la leishmaniose cutanée, particulièrement dans ses formes chroniques granulomateuses. Plusieurs éléments méritent d'être soulignés. Notre patient présentait initialement une leishmaniose cutanée en phase granulomateuse chronique, expliquant l'absence d'amastigotes visibles sur les premiers prélèvements et l'orientation erronée vers un mycosis fongoïde granulomateux. À ce stade, la réaction granulomateuse épithélioïde prédomine avec un infiltrat lymphocytaire T important, mimant parfaitement un lymphome cutané primitif. De plus, l'administration prolongée de dermocorticoïdes forts pendant 6 mois a vraisemblable-

ment provoqué une immunosuppression locale conduisant à une réurgence parasitaire. Cette réactivation a permis de mettre en évidence les amastigotes lors du prélèvement pour recherche de clonalité, permettant finalement le bon diagnostic. Ce phénomène est bien documenté : l'immunosuppression peut favoriser la prolifération parasitaire et faire apparaître les formes amastigotes précédemment contrôlées par la réponse granulomateuse.

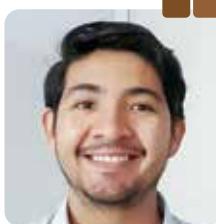
Ce cas souligne par ailleurs l'intérêt majeur des centres de référence et des groupes d'experts (GFECL) dans la réévaluation des cas complexes. La leishmaniose cutanée chronique reste un diagnostic difficile nécessitant une approche multidisciplinaire

associant clinique, épidémiologie, histopathologie et parfois biologie moléculaire.

Conclusion

La leishmaniose cutanée chronique constitue un véritable piège diagnostique. La compréhension de son évolution histologique en phases est cruciale : les formes tardives présentent des granulomes sans amastigotes visibles. La corticothérapie inappropriée peut paradoxalement révéler le diagnostic en provoquant une réurgence parasitaire. L'analyse du contexte clinico-épidémiologique et la relecture par un centre expert restent fondamentales face à un aspect histologique souvent trompeur.

VIGNETTE DERMATO-IMAGERIE

**C. DORADO CORTEZ**

Dermato-Oncologie-Allergologie,
CHU NORD,
Saint-Etienne, France

**J.-L. PERROT**

Dermato-Oncologie-Allergologie,
CHU NORD,
Saint-Etienne, France

**A. GEREST**

Dermato-Oncologie-Allergologie,
CHU NORD,
Saint-Etienne, France

QUAND L'ŒIL ET LA PEAU CROISENT LEURS REGARDS !



Pour ce nouveau numéro de la Revue des Jeunes Dermatologues, nous vous proposons cette observation qui inaugure d'autres articles futurs, de cet entre deux mondes... celui de l'œil et celui de la peau.

Cette rencontre n'est pas sans rappeler lorsque Léonard de Vinci, fasciné autant par l'anatomie de la peau que par la complexité de l'œil, décrivait le visage humain comme « la carte où l'âme laisse ses empreintes ». Cinq siècles plus tard, c'est dans nos consultations mixtes dermatolo-ophtalmologiques que ces deux univers se rejoignent pour décrypter ce que la peau cache aux regards pressés.

Dans notre service, nous avons mis en place il y a 15 ans une **consultation conjointe dermatolo-ophtalmologique**, enrichie par l'imagerie appliquée à la dermatologie, qui nous permet de prendre en charge les lésions situées dans des zones aussi esthétiques que fonctionnellement sensibles qui constituent l'appareil oculaire antérieur.

Mme B., 77 ans, était adressée pour une lésion palpébrale gauche évoluant lentement depuis plusieurs mois. Elle présentait une lésion nodulaire rosée, mesurant environ 6 mm de diamètre. Son médecin traitant évoquait une kératose séborrhéique, compte tenu de la lenteur d'évolution et de l'absence de symptôme clinique (Figure 1A). Cependant, son dermatologue libéral avait préféré nous la confier pour avis.

Lors de la consultation mixte, l'examen en la lampe à fente révélait une lésion avec un semi de pigmentations grisesâtres en son centre. En dermatoscopie, la lésion présentait une structure homogène jaunâtre, une micro-ulcération hémorragique à 3h (cercle jaune), un empoussièrement micro-granuleux (cercle bleu) en son centre compatible avec des nids ovoïdes et quelques vaisseaux en arborescence dilatés (flèches rouges). Un tableau compatible mais non typique de CBC (Figure 1B).

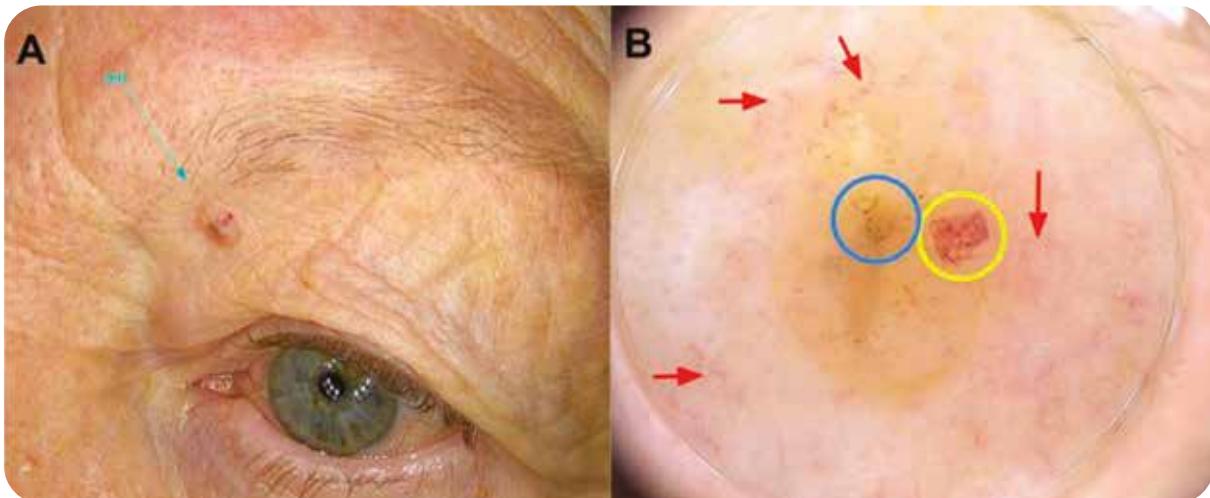


Figure 1A : Image macroscopique de la lésion au niveau de la paupière supérieure. Figure 1B : Dermoscopie x20 avec l'appareil FotoFinder®(FotoFinder, Birnbach, Allemagne).

La dermoscopie super-magnifiée x400 (FotoFinder®, Birnbach, Allemagne) révèle des détails subtils : nids basaloïdes discrets (cercle bleu) (Figure 2A) et quelques cellules dendritiques hyperréfléchissantes (flèches vertes) (Figure 2B).

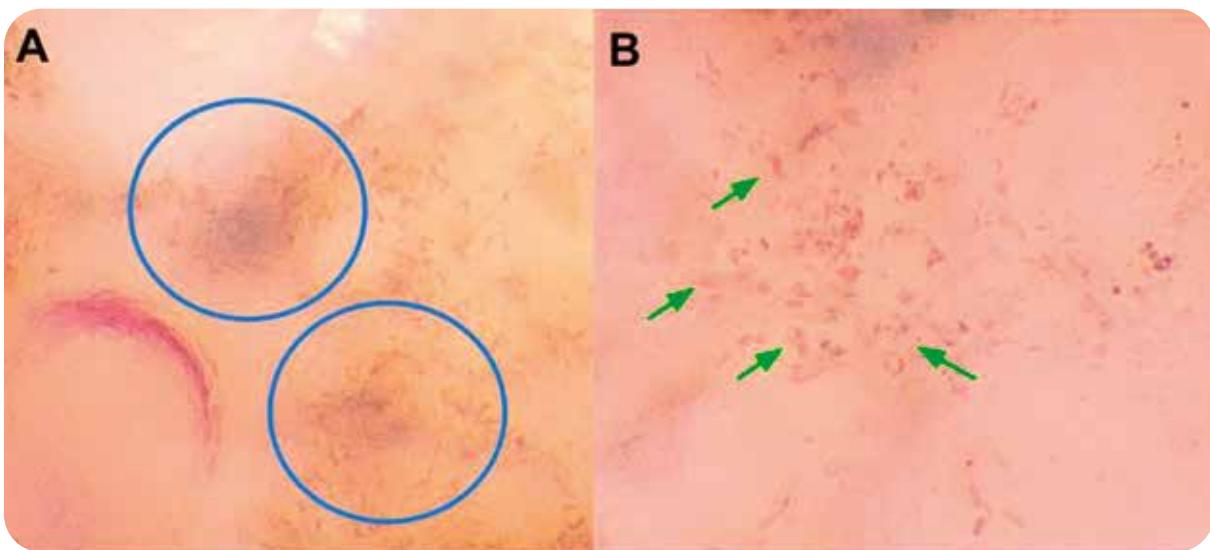


Figure 2A : Dermoscopie x400 avec de nids basaloïdes (cercle bleu). Figure 2B : Dermoscopie x400 avec cellules dendritiques hyperréfléchissantes (flèches vertes).

La microscopie confocale (Vivascope® 3000, Caliber Rochester, NY USA) confirmait formellement le diagnostic de carcinome baso-cellulaire en montrant un épiderme régulier en nid d'abeille (Figure 3A), des amas cellulaires hypo-reflectants basaloïdes (cercles verts) à disposition palissadique cernés par des arcs sombres (clefting, flèches rouges) et des vaisseaux horizontaux dilatés (Figure 3B).

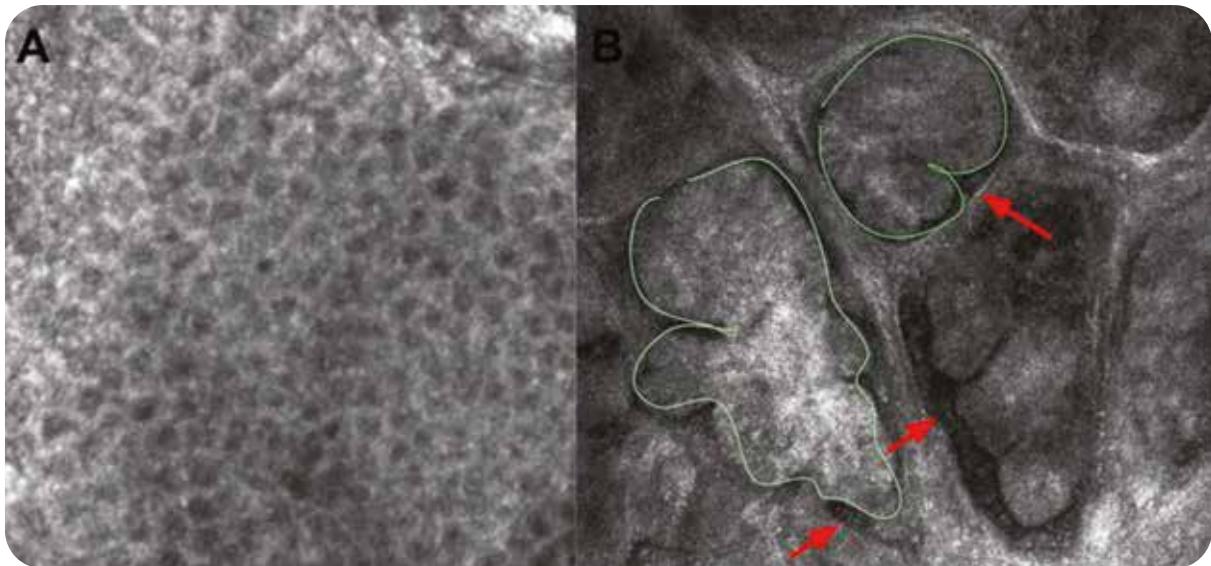
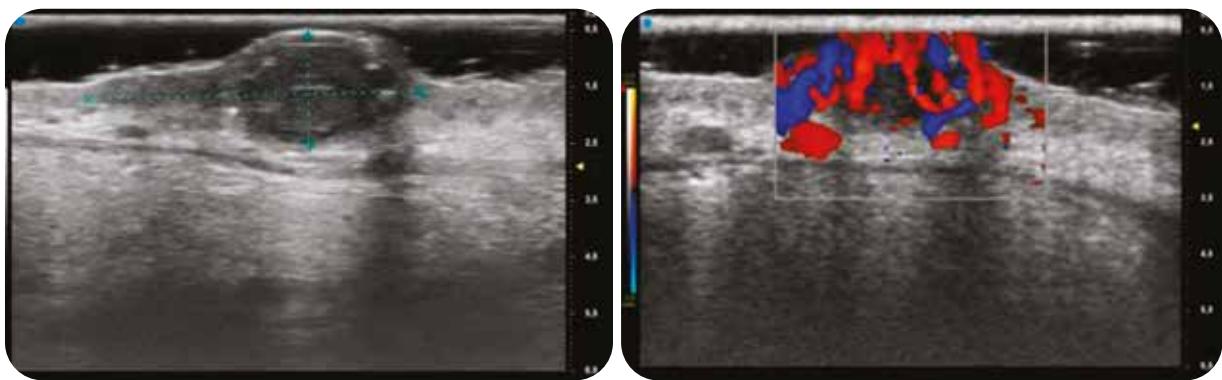


Figure 3A : Image d'un épiderme normal régulier avec un patron en nid d'abeille. Figure 3B : Image avec amas cellulaires hypo-reflétants basaloïdes (cercles vertes), des arcs sombres (clefting, flèches rouges).

Enfin, une échographie ultra-haute fréquence (Vevo MD®) mettait en évidence une lésion hypoéchogène de 1,94 mm d'épaisseur avec en mode couleur une hypervasculisation.



La localisation palpébrale impose une approche sur-mesure, tenant compte des enjeux esthétiques et fonctionnels. La collaboration avec l'ophtalmologie a permis d'évaluer la mobilité palpébrale, l'atteinte ciliaire et la proximité du canal lacrymal avant d'orienter la patiente vers une chirurgie adaptée. Ce cas souligne l'intérêt des techniques d'imagerie modernes pour lever les ambiguïtés diagnostiques en zones sensibles et met en lumière la richesse des consultations mixtes pluridisciplinaires, qui permettent un diagnostic plus rapide et une prise en charge optimale. On retrouve ce challenge avec la région génitale, mais on en traitera dans le prochain numéro de la RJD.

LES JEUNES DERMATOLOGUES ONT DU TALENT

GAGNANT DERMACADEMY ÉDITION 2024



1^{er} prix : Du jamais vu.

Edgar-Pierre LIBERT (Dermatologie) et Inés CHABBI (ophtalmologie) – CHU Nantes

2^{ème} prix : Cette HISTOire de gencive, SAM'intrigue.

Juliette LEBRET (Dermatologie) et Roxane PASQUER (Interniste) – CH de Cayenne

3^{ème} prix : Quand les neutrophiles mettent l'œil en péril.

Paul LEVANNIER (Dermatologie) et Emma DAUTHUILLE (Ophtalmologie) – CHU de Rennes

○ PRIX DU PUBLIC : Des rayons pas comme les autres.

Eléna PROSPERO (Dermatologie) et Hugo AUDEBERT (Onco-Radiothérapie) – CHU de Caen & Centre François Baclesse

LA ROCHE POSAY
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Sélection MASTER CLASSE ALMIRALL x FDVF 2025

Camille KIEFFER (Rouen)

Carla HAJJ (Argenteuil)

Carla FASSANARO (Lille)

Victor COSTE (Trévenans)

Camille ALATERRE (Boulogne-sur-Mer)

Julie BOULANGER (Nancy)

Agnès VENTURI (Saint-Étienne)

Olivier PHILIP (Lille)

Youna RODRIGUEZ LE ROY (Brest)

Numa DEYDIER (Brest)

 almirall

The Almirall logo consists of a green stylized 'E' shape followed by the brand name 'almirall' in a dark blue serif font.

GAGNANT GRAND ORAL DES DERMATOS 2024

Romain Boisseau (Limoges) : Meilleur Orateur

Edouard MASSIP (Lille) : Prix du public

Andrea LOPES (Reims) : Prix de l'originalité


LABORATOIRES
Pierre Fabre

The Pierre Fabre logo features a blue circular emblem with a white stylized 'S' or flame-like design, followed by the company name 'Pierre Fabre' and 'LABORATOIRES' in a smaller font, and 'Pierre Fabre' in a bold, italicized font.

ANGERS

1^e
CONGRÈS
ANNUEL DES
FDVF

DU 26 AU 28
JUIN 2026

FDVF

FEDERATION DES VOLONTAIRES DE FRANCE

L'OUTIL DE COMMUNICATION DES ACTEURS DE LA SANTÉ



Médecins - Soignants - Personnels de Santé

**1^{er} Réseau Social
de la santé**



Retrouvez en ligne des
milliers d'offres d'emploi



Une rubrique Actualité
qui rayonne sur
les réseaux sociaux

**1^{ère} Régie Média
indépendante
de la santé**



250 000 exemplaires de
revues professionnelles
diffusés auprès des
acteurs de la santé



Rendez-vous sur
www.reseauprostante.fr

Inscription gratuite

01 53 09 90 05

✉ contact@reseauprostante.fr

