

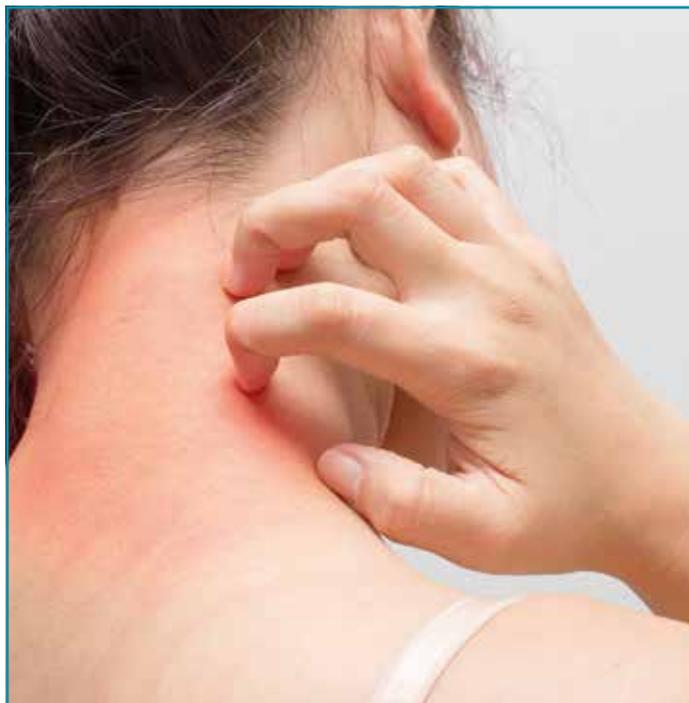
SpeedOwest

Compte rendu de la soirée du 14 novembre 2019

Rédaction : Dr E. Chambrelan



La médecine collaborative au service de l'eczéma



Les données présentées dans ce numéro sont susceptibles de ne pas avoir été validées par les autorités françaises et ne doivent pas être mises en pratique. Ce compte rendu a été réalisé sous la seule responsabilité de l'auteur et du directeur de la publication qui sont garants de l'objectivité de cette publication.

Édition réalisée avec le soutien institutionnel des laboratoires Sanofi Genzyme et Ducray

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Pr S. Aractingi, Pr H. Bachelez, Dr R. Baran,
Pr N. Basset-Seguin, Dr P. Beaulieu,
Pr C. Bedane, Pr P. Berbis, Pr C. Bodemer,
Dr P. Bouhanna, Pr F. Cambazard,
Pr E. Caumes, Pr A. Claudy, Pr B. Cribier,
Pr Y. De Prost, Pr V. Descamps,
Pr L. Dubertret, Pr N. Dupin, Dr S. Fraitag,
Pr C. Francès, Pr J.J. Grob, Pr J.P. Lacour,
Pr C. Lebbé, Pr D. Lipsker, Pr J.P. Marty,
Pr J. Meynadier, Pr M. Mokni, Dr S. Mordon,
Pr J.P. Ortonne, Pr P. Morel, Dr G. Rousselet,
Dr M.D. Vignon-Pennamen

COMITÉ DE LECTURE/RÉDACTION

Dr G. Abirached, Dr S. Barbarot,
Dr O. Bayrou, Dr E. Bourrat, Dr S. Dahan,
Pr O. Dereure, Dr A. Dupuy, Dr D. Kerob,
Dr I. Lazareth, Dr J.M. Mazer, Dr I. Morailon,
Dr N. Scharz

RÉDACTEUR EN CHEF

Dr M. Rybojad

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Dr R. Niddam

SECRÉTARIAT DE RÉDACTION

M. Meissel, M. Anglade

RÉDACTEUR GRAPHISTE

M. Perazzi

MAQUETTE, PAO

D. Plaisance

PUBLICITÉ

D. Chargy

RÉALITÉS THÉRAPEUTIQUES EN DERMATO-VÉNÉROLOGIE

est édité par Performances Médicales
91, avenue de la République
75540 Paris Cedex 11
Tél. : 01 47 00 67 14
Fax : 01 47 00 69 99
E-mail : info@performances-medicales.com

IMPRIMERIE

Imprimerie Trulli – Vence
Commission paritaire : 0122 T 81119
ISSN : 1155-2492
Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2020

Sommaire

Janvier 2020

Cahier 2

n° 288

Peut-on prévenir la dermatite atopique ?

D'après la communication du Dr Sébastien Barbarot

3

Résultats préliminaires de l'étude DAPHNE

D'après la communication du Dr Caroline Jacobzone

4

Allergologues, dermatologues : tous acteurs dans la dermatite atopique

D'après la communication du Dr Marie-Élodie Sarre

6

Dermatite atopique sévère : que faire ?

D'après la communication du Dr Marc Perrussel

6

Orientation diagnostique devant un visage rouge

D'après la communication du Dr Flavien Huet

8

L'école de l'atopie

D'après la communication du Dr Jean-Marc Chavigny

9

Quels objectifs thérapeutiques pour la maladie de Verneuil ?

D'après la communication du Dr Ziad Reguiaï

10

SpeedOuest

Compte rendu de la soirée du 14 novembre 2019

Rédaction : Dr E. CHAMBRELAN
Service de Dermatologie, CHU, RENNES.

La 3^e édition du SpeedOuest s'est déroulée cette année à Nantes sous l'égide de ResoEczéma. Le format reste inchangé, proposant un exercice de style aux orateurs (communication courte de 8 minutes par intervenant) et un focus apprécié des participants. Dermatologues libéraux et hospitaliers ont pu échanger autour de thématiques abordant l'eczéma, mais également la maladie de Verneuil en fin de session. Nous remercions chaleureusement les orateurs pour la qualité de leur communication ainsi que nos partenaires Sanofi Genzyme et Ducray pour leur soutien à l'organisation de cette 3^e édition.



Peut-on prévenir la dermatite atopique ?

D'après la communication du Dr Sébastien Barbarot
(Service de Dermatologie, EDUDERM/École de l'Atopie, INRA PhAN, CHU, Nantes).

La question a son importance. En effet, compte tenu de la fréquence de la pathologie dans la population générale et, au-delà des bénéfices escomptés pour les patients, la possibilité de prévenir la dermatite atopique permettrait des bénéfices financiers possiblement conséquents pour la collectivité.

Par prévention, les patients entendent prévention primaire et donc l'ensemble de la prise en charge en amont de la déclaration de leur pathologie. Cette prévention primaire doit être ciblée sur des sujets identifiés "à risque" (antécédents familiaux de dermatite atopique [DA], surtout bilatéraux, etc.) avec, dans l'idéal, une mise en place en périnatal.

Différentes stratégies de prévention ont été testées ou sont sous expérimentation (fig. 1) :

>>> **Prévenir la marche atopique ?** En réalité, cette présentation phénotypique

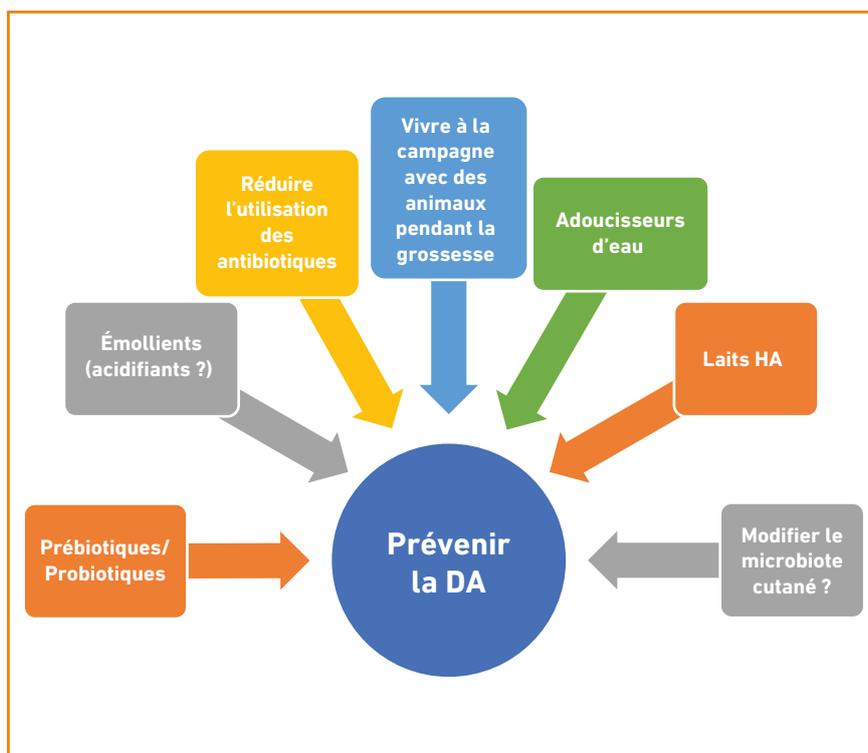


Fig. 1 : Pistes de stratégies périnatales de prévention primaire de la DA.

ne concerne que 7 % des malades d'après les dernières données épidémiologiques, restreignant considérablement les bénéficiaires d'un tel axe de recherche.

>>> Adoucisseurs d'eau : une étude réalisée au Royaume-Uni sur plus de 1 300 enfants a montré un risque 5 fois plus élevé de développer une DA à 3 mois dans les régions à eau dure, chez des enfants prédisposés par un déficit en filaggrine [1]. Une étude danoise a montré des résultats similaires [2]. Un essai découlant de ce constat avec mise en place d'adoucisseurs d'eau dans des familles atopiques (enfants déjà atteints de DA, âgés de 6 mois à 16 ans) s'est néanmoins révélé négatif [3]. L'étude cible probablement les sujets déjà trop tardivement. La prochaine étape de cette piste de prévention, avec mise en place plus en amont (adoucisseurs d'eau dès la naissance), est en cours d'étude.

>>> Émollients : deux essais randomisés ont montré un résultat similaire de réduction de 50 % du risque de survenue de DA en appliquant des émollients dès la naissance chez des nouveau-nés prédisposés [4, 5]. L'étude BEEP, dont les données n'ont pas encore été publiées, a été mise en place pour confirmer ces résultats. Elle mesure la prévalence de la DA à 2 ans chez des nouveau-nés prédisposés (randomisation à 3 semaines de vie, traitement de 1 an, soit prise en

charge standard de la DA, soit application quotidienne d'émollients). 600 enfants ont été inclus dans chaque groupe, sans différence de prévalence entre le groupe intervention (23 % de DA) et le groupe contrôle (25 %). Une des explications potentielles de ce résultat est la contamination par application d'émollients dans le groupe contrôle.

>>> Prébiotiques et probiotiques : les premiers correspondent à un sucre favorisant la croissance du microbiote digestif, tandis que les seconds sont des bactéries non pathogènes avec effet bénéfique sur le microbiote. Deux essais administrant des prébiotiques à la femme enceinte sont en cours (en France et en Australie). En effet, la prise de prébiotiques chez l'enfant atopique n'améliore pas la DA, d'où la nécessité de tester la prise pendant la gestation et/ou l'allaitement.

>>> Lait hypoallergénique : il n'influence pas la survenue de la DA.

>>> Diminution des antibiotiques en période néonatale : elle semble entraîner une diminution d'incidence de la DA. Néanmoins, la plupart des antibiotiques administrés en péripartum sont au bénéfice d'un enfant symptomatique, il paraît donc difficile de s'en passer.

>>> Vie rurale pendant la grossesse : elle permet une légère diminution d'inci-

dence, mais un changement de lieu de vie n'est pas possible pour toutes les familles.

Il faut donc continuer la recherche en termes de prévention primaire dans la DA. Celle-ci a déjà permis de répondre, par la négative, à plusieurs pistes. **Nous attendons des nouvelles des essais concernant les pré- et probiotiques ainsi que les adoucisseurs d'eau !**

BIBLIOGRAPHIE

1. PERKIN MR, CRAVEN J, LOGAN K *et al.* Association between domestic water hardness, chlorine, and atopic dermatitis risk in early life: A population-based cross-sectional study. *J Allergy Clin Immunol*, 2016;138:509-516.
2. ENGBRETSSEN KA, BAGER P, WOHLFAHRT J *et al.* Prevalence of atopic dermatitis in infants by domestic water hardness and season of birth: Cohort study. *J Allergy Clin Immunol*, 2017;139:1568-1574.e1.
3. THOMAS KS, DEAN T, O'LEARY C *et al.* A Randomised Controlled Trial of Ion-Exchange Water Softeners for the Treatment of Eczema in Children. Sheikh A, editor. *PLoS Med*, 2011;8:e1000395.
4. SIMPSON EL, CHALMERS JR, HANIFIN JM *et al.* Emollient enhancement of the skin barrier from birth offers effective atopic dermatitis prevention. *J Allergy Clin Immunol*, 2014;134:818-823.
5. HORIMUKAI K, MORITA K, NARITA M *et al.* Application of moisturizer to neonates prevents development of atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol*, 2014;134:824-830.e6.



Résultats préliminaires de l'étude DAPHNE

D'après la communication du Dr Caroline Jacobzone (Service de Dermatologie, CH Bretagne Sud, Lorient).

La prévalence de la dermatite atopique est de l'ordre de 10 % chez l'adulte [1] avec classiquement 3 profils évolutifs : linéaire (évolution chronique avec poussées itératives), intermittente ("guérison" prolongée à l'adolescence et rechute à l'âge adulte) et

enfin DA d'apparition tardive. La présentation clinique chez l'adulte est globalement plus hétérogène que chez l'enfant, avec quelques formes cliniques pièges à garder en arrière-pensée (eczéma nummulaire mimant un psoriasis, prurigo, etc.).

L'étude DAPHNE, réalisée en vie réelle par sollicitation des dermatologues libéraux et hospitaliers, a été conçue pour décrire la répartition des formes phénotypiques de DA de l'adulte et le parcours de soins des patients en France. Au 1^{er} novembre 2019, 809 patients (sur un objectif total de

1000 inclusions) étaient répertoriés. Les données présentées lors de la réunion portaient sur 731 dossiers saisis, donnant un aperçu des résultats attendus prochainement.

L'âge moyen des patients était de 38,8 ans pour les hommes et de 34,3 ans pour les femmes, avec un *sex ratio* légèrement en faveur de ces dernières (1,38). Près de la moitié des patients avaient débuté leur DA avant l'âge de 2 ans, contre 8 % à l'adolescence et **22 % à l'âge adulte**. On retiendra également le chiffre de **30 % de formes biphasiques** (ou DA intermittente). Plus de 40 % des patients avaient une forme clinique non atypique, 8 % un eczéma nummulaire et plus de **20 % une forme tête et cou** quasi exclusive. La seule différence homme/femme, hormis l'âge moyen (un peu plus faible en population féminine), est une application quotidienne d'émollients pour 70 % des femmes contre 56 % des hommes.

Près de 44 % des patients notaient un asthme, 50 % une rhinite allergique, 35 % une conjonctivite allergique et 20 % des sensibilisations ou allergies. Des antécédents familiaux de DA au 1^{er} degré étaient présents dans 55 % des cas, un asthme dans 36 % des cas.

Les patients avec une évolution biphasique peuvent avoir une présentation

typique (36 %) mais également un eczéma chronique des mains (ECM) pour 22 % (contre 13 % dans les autres formes évolutives) ou une forme tête et cou (24 % des cas contre 19 %). Le début de la DA avant l'âge de 2 ans est également plus fréquent (59 % vs 42 % pour les autres formes).

Le profil de début tardif voit, quant à lui, plus d'émergence des phénotypes nummulaires (18 % vs 5 % dans les autres formes évolutives), prurigo (6 % vs 3 %), ECM (19 % vs 14,5 %). Les comorbidités atopiques sont moins marquées comparativement aux formes linéaires et biphasiques : 30 % d'asthme (vs 47 %), 35 % de rhinite (vs 53 %), 20 % de conjonctivite (vs 38 %).

À l'inverse, pour la forme clinique ECM, les comorbidités atopiques sont très prévalentes (sauf l'asthme) : rhinite dans 46 % des cas (vs 3 %), conjonctivite 33 % (vs 2 %), sensibilisation ou allergie 15 % (vs 1,6 %), DA familiale 56 % (vs 6,5 %). Étonnamment, il n'y a pas plus de recours à la consultation d'allergologie (44 %) ni de réalisation antérieure de *patch tests* (31 %) que dans les autres phénotypes.

Le recours aux médecines alternatives (homéopathie 20 %, guérisseur 11 %) est également similaire.

Les données récentes de la littérature font émerger la notion d'endotypes de DA par étude des profils cytokiniques (différences de profil de signature Th2) et de la fonction barrière [2]. Dans les formes pédiatriques et chez les sujets plus âgés, le profil Th17 prédomine, tandis que le profil Th22 ressort en population asiatique, où le prurigo englobe plus de 30 % des phénotypes. Ces endotypes décrits en fonction de l'âge des patients, des ethnies et des phénotypes, ouvrent la voie à des traitements plus ciblés dans le futur : anti-IgE chez les patients asiatiques, secukinumab en pédiatrie...

Ces dernières avancées viennent soutenir les recherches pour repérer des sous-groupes de patients dans un phénotype donné, *via* les biomarqueurs. *In fine*, cette démarche pourrait permettre d'identifier les patients à meilleur potentiel de réponse thérapeutique (fig. 2).

BIBLIOGRAPHIE

- HELLO M, AUBERT H, BERNIER C *et al.* Dermate atopique de l'adulte. *Rev Médecine Interne*, 2016;37:91-99.
- CZARNOWICKI T, HE H, KRUEGER JG *et al.* Atopic dermatitis endotypes and implications for targeted therapeutics. *J Allergy Clin Immunol*, 2019;143:1-11.

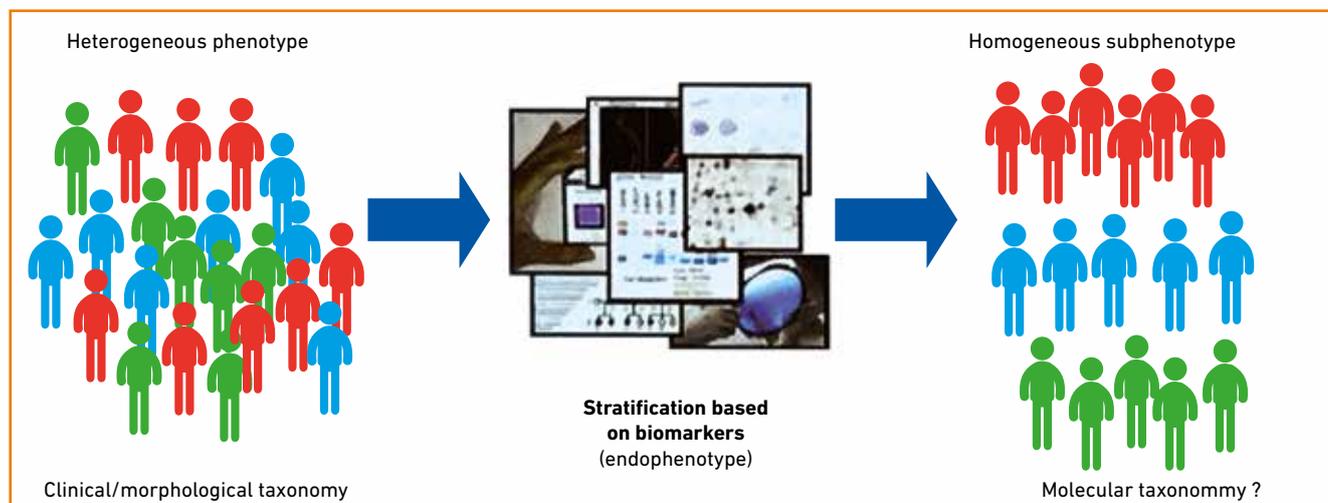


Fig. 2 : Stratification diagnostique des DA pour une meilleure stratégie thérapeutique.



Allergologues, dermatologues : tous acteurs dans la dermatite atopique

D'après la communication du Dr Marie-Élodie Sarre (Plateforme d'allergologie transversale, CHU, Nantes).

Allergologue, médecin traitant, médecin du travail, dermatologue, pharmacien sont autant d'acteurs professionnels participant au parcours de soins des patients atteints de DA. Il ne faut toutefois pas oublier la place occupée par les équipes d'éducation thérapeutique, les médecines alternatives, les associations de patients ou encore le rôle d'internet dans le parcours de soins du patient.

Tout dermatologue discutant la nécessité d'une consultation allergologique pour un de ses patients ayant une DA doit se poser 3 questions : le traitement a-t-il été bien suivi ? La DA a-t-elle des localisations particulières ? La DA est-elle sévère ?

1. Traitement bien suivi par le patient ?

Il faut, dans un premier temps, s'assurer de la bonne compréhension de la maladie (maladie chronique avec évolution par poussées), du traitement local (où appliquer, quand appliquer et combien de temps), et rechercher une corticophobie

sous-jacente (nombre de tubes utilisés ?). Il faut également prêter attention à l'entourage et aux professionnels de santé qui ont un rôle de conseil, comme les pharmaciens, qui peuvent parfois décourager le patient dans sa démarche thérapeutique. Si le traitement topique prescrit, bien qu'optimal, n'est pas bien suivi le recours médical est d'abord dermatologique. Le soutien d'une équipe d'éducation thérapeutique est également à placer dans le parcours du patient.

À l'inverse, si le traitement local a été bien conduit, une consultation allergologique dédiée est indiquée en cas d'échec dans cette situation, afin de rechercher une sensibilisation à un produit (*patch tests* de la batterie standard européenne, batterie dermocorticoïdes, batterie complémentaire, produits personnels).

2. Localisations particulières ?

Une topographie inhabituelle (lèvres, mains, paupières, etc.) fait d'emblée évoquer un possible eczéma de contact sur-

ajouté. L'interrogatoire "policier" prend ici toute son importance, répertoriant l'ensemble des produits utilisés (cosmétiques mais aussi "produits naturels"), le mode de vie (concubinage, enfants, profession, études, bricolage, autres loisirs, etc.), un rythme des poussées en lien avec l'activité professionnelle. À nouveau, il faudra rechercher une corticophobie, très fréquente dans cette situation. Dans ce cas de figure suspect d'un allergène de contact, une consultation d'allergologie et/ou de médecine du travail (en cas de rythme professionnel à l'interrogatoire) doit être proposée.

3. Sévérité de la DA ?

En cas de traitement systémique discuté chez un patient, des tests cutanés pourront être effectués (*a minima* une batterie standard complétée en fonction de l'interrogatoire et de la clinique). La prise en compte des sensibilisations et allergies suffit parfois à diminuer considérablement les signes de DA, évitant alors le recours aux traitements systémiques.



Dermatite atopique sévère : que faire ?

D'après la communication du Dr Marc Perrussel (dermatologue libéral à Auray et praticien attaché au CHU de Rennes).

Devant une DA de l'adulte, différents phénotypes sont possibles (eczéma des plis, "head and neck dermatitis", eczéma prurigo, eczéma nummulaire, etc.) nécessitant en premier lieu d'éliminer les diagnostics

différentiels (gale, lymphome T épidermotrope, psoriasis, toxidermie, etc).

Évaluer ensuite la sévérité de la DA :

– Xérose, desquamation, prurit, douleurs (crevasses), saignements, etc.

– Nombre de poussées sur une période donnée, efficacité des traitements, recherche de facteurs déclenchants/aggravants, retentissement sur la qualité de vie (sommeil). On éliminera un eczéma de contact surajouté.

– L'examen physique évalue la surface atteinte, l'érythème, l'œdème, la lichénification, le suintement, etc.

Ces étapes permettent d'établir des scores d'activité de la maladie (SCORAD, EASI, PGA) pour grader la sévérité (fig. 3). Des scores spécifiques de qualité de vie peuvent également être utilisés (DLQI).

Les recommandations européennes de 2018 proposent, pour chaque stade de sévérité, des traitements additionnels (fig. 4) [2]. En base commune : utilisation d'émollients, huiles de bain, éviction des allergènes et recours aux programmes d'éducation thérapeutique. Les formes légères bénéficient d'un traitement "réactif/précoce" par dermocorticoïdes, voire inhibiteurs de calcineurine topique ; les formes modérées d'un traitement "proactif" basé sur les mêmes molécules couplées éventuellement à la photothérapie. Enfin, les formes sévères peuvent se voir proposer d'autres thérapeutiques systémiques (PUVAthérapie, ciclosporine, méthotrexate, azathioprine, mycophenolate mofetil, alitrénoïne) ou une biothérapie (dupilumab). Chez l'adulte, en France, seuls la ciclosporine et le dupilumab ont une AMM

Dermatite atopique			
	Léger	Modéré	Sévère
SCORAD	< 25	25-50	> 50-103
EASI	1-7	7-21	> 21-72
DLQI	< 5	6-10	> 10-30

Fig. 3 : Stadification de sévérité selon les scores (d'après [1]).

pour le traitement des DA sévères (ce dernier est indiqué en 2^e ligne, en cas d'échec, intolérance ou contre-indication de la ciclosporine). Le méthotrexate peut également être prescrit car moins pourvoyeur d'effets secondaires au long cours que la ciclosporine. Mais il est hors AMM dans cette indication. La corticothérapie systémique est, quant à elle, à proscrire.

Avant toute initiation d'un systémique, il convient d'effectuer des tests allergologiques afin d'éliminer un eczéma de contact surajouté.

Parmi le bilan préthérapeutique à réaliser, seule la recherche à l'interrogatoire

d'une infestation parasitaire à helminthes est nécessaire pour le dupilumab (traitement empirique 10 jours en cas de suspicion). Pour la ciclosporine, la recherche de foyers infectieux et néoplasiques est de règle, ainsi que la mise à jour du calendrier vaccinal. Le suivi biologique de la créatinine est également à réaliser, associé à une surveillance tensionnelle régulière. Cette molécule ne doit pas être poursuivie au-delà de 2 ans sans faire discuter une alternative ni sans avis néphrologique favorable. Les effets secondaires du dupilumab (anticorps monoclonal dirigé contre la sous-unité alpha du récepteur à l'IL4) comprennent principalement des atteintes oculaires (conjonctivites allergiques, prurit, blépharite), des

Treatment recommendation for atopic eczema: adult	
<ul style="list-style-type: none"> For every phase, <i>additional</i> therapeutic options should be considered Add antiseptics / antibiotics in cases of superinfection Consider compliance and diagnosis, if therapy has insufficient effect Refer to guideline text for restrictions, especially for treatment marked with ¹ Licensed indication are marked with ², off-label treatment options are marked with ³ 	
SEVERE: SCORAD > 50 / or persistent eczema	Hospitalization, systemic immunosuppression: cyclosporine A, short course of oral glucocorticosteroids, dupilumab, methotrexate, azathioprin, mycophenolate mofetil, PUVA, alitretinoïn
MODERATE: SCORAD 25-50 / or recurrent eczema	Proactive therapy with topical tacrolimus or class II or class III topical glucocorticosteroids, wet wrap therapy, UV therapy (UVB 311 nm, medium dose UVA1), psychosomatic counseling, climate therapy
MILD: SCORAD < 25 / or transient eczema	Reactive therapy with topical glucocorticosteroids class II or depending on local cofactors: topical calcineurin inhibitors, antiseptics incl. silver, silver coated textiles
BASELINE: Basic therapy	Educational programmes, emollients, bath oils, avoidance of clinically relevant allergens (encasings, if diagnosed by allergy tests)

Fig. 4 : Recommandations européennes thérapeutiques chez l'adulte (d'après [2]).

infections cutanéomuqueuses à herpès virus et des cas d'éosinophilie. Aussi, il est préconisé de réaliser une numération formule sanguine et de proposer une consultation ophtalmologique initiale à tous les patients.

BIBLIOGRAPHIE

1. REHAL B, ARMSTRONG A. Health Outcome Measures in Atopic Dermatitis: A Systematic Review of trends in disease severity and quality-of-life Instruments 1985-2010. Gluud LL, editor. *PLoS ONE*, 2011;6:e17520.
2. WOLLENBERG A, BARBAROT S, BIEBER T *et al.* Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2018; 32:657-682.



Orientation diagnostique devant un visage rouge

D'après la communication du Dr Flavien Huet (Service de Dermatologie, CHU, Brest).

Le premier nœud décisionnel dans la démarche diagnostique d'un visage rouge commence par distinguer le flush de l'érythème plus prolongé. En dehors du flush cutané bénin (de survenue préférentielle en contexte émotionnel, de chaleur ou secondaire à la prise de certains aliments, avec atteinte du décolleté et du visage), ce signe clinique correspondant à une rougeur transitoire peut s'intégrer dans nombre de procédés physiopathologiques ou de syndromes. On le retrouve ainsi dans la rosacée, la ménopause, la fièvre, les médicaments, certaines tumeurs carcinoïdes, la mastocytose systémique, le syndrome d'activation mastocytaire et après l'administration de certains médicaments (vasodilatateurs, inhibiteurs calciques, AINS, vancomycine, rifampicine, sevrage en caféine, antipaludéens de synthèse, etc.).

L'interrogatoire permettant d'éliminer un flush est également un temps très important de la consultation. Il répertorie le

Rosacée	Papulo-pustules, flush
Démodécidose	Desquamation fine
Eczéma de contact	Lésions eczéma, produit contact <i>Patch test</i>
Dermatite séborrhéique	Atteinte du scalp et sourcils Plis nasogéniens
Lucite	Zones photo-exposées Après exposition solaire Printemps
Lupus érythémateux	Rash malaire Autres manifestations : arthrite... Histologie et immunofluorescence, anti-ADN
Dermatomyosite	Érythème violacé périoculaire Autres atteintes/myosite
Médicamenteux	Application de corticoïde

Tableau 1: Orientations diagnostiques devant un visage rouge.

mode de début et d'évolution, les signes fonctionnels associés (prurit, brûlures, douleurs), les comorbidités (maladies auto-immunes, diabète, hypertension artérielle), les traitements médicamenteux topiques et systémiques, les pro-

duits quotidiens (cosmétiques, produits ménagers), les activités extérieures et les expositions chimiques potentielles. L'examen physique permettra de préciser une localisation associée extra-faciale, une distribution topographique spéci-

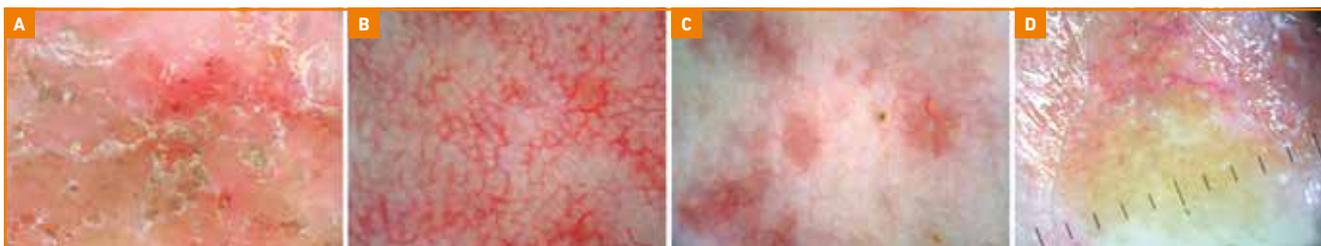


Fig. 5: Dermoscopie dans les visages rouges.

fique, le type de lésion (plaque, nodule) et des signes associés (suintement, œdème, pustule), ainsi que la recherche d'organomégalie ou de douleurs articulaires. De ces interrogatoire et examen physique minutieux découlent les orientations diagnostiques (**tableau I**).

Plus récemment, l'essor de la dermoscopie dépassant le cadre de l'analyse des lésions pigmentaires et tumorales a gagné les dermatoses inflammatoires. Ainsi, quelques petits signes permettent également à des yeux aguerris d'orienter le diagnostic (**fig. 5**) : vaisseaux en

pointillés et squames jaunes dans la dermatite atopique (**A**), polygone vasculaire pour la rosacée (**B**), vaisseaux à branches linéaires et aires jaune-orangé pour la sarcoïdose (**C**) et le lupus vulgaire (**D**). Le recours à la biopsie cutanée reste néanmoins nécessaire pour certains cas.



L'école de l'atopie

D'après la communication du Dr Jean-Marc Chavigny (dermatologue et allergologue libéral à Nantes, et praticien attaché à EDUDERM/École de l'Atopie, CHU, Nantes).

L'éducation thérapeutique du patient est un terme inadapté, désignant toute prise en charge globale des maladies chroniques. Or, cette éducation fait partie intégrante de la prise en charge globale et ne devrait pas être isolée des autres soins médicaux (à l'instar d'un examen complémentaire). Pour trame de fond, gardons à l'idée que 30 % de nos patients sont observants et 90 % des eczémas sévères sont dus uniquement à l'absence d'un traitement optimal.

1. Diagnostique éducatif

Il correspond au premier temps de rencontre avec le patient, permettant de situer la maladie : autres pathologies associées, reprise du parcours de soins effectué (réussites et échecs compris). Il fait ressortir les points forts et ceux à améliorer, le niveau de confiance accordé aux soignants, le mode de vie, l'état émotionnel actuel, etc. Une partie de la consultation étudie les connaissances du patient au sujet de sa maladie et de son traitement, et ses croyances.

2. Comprendre l'intérêt de traiter le symptôme

Pour la plupart des patients, le traitement du symptôme relève de l'urgence quand,

en consultation médicale, il peut parfois ne pas être prioritaire. On fera donc attention à bien écouter et à répondre à l'attente de nos patients sur ce point. Cette prise en charge du symptôme est d'ailleurs bénéfique au patient et à la relation médecin-malade (diminution des conséquences de la DA notamment en termes d'altération de la qualité de vie et des interactions sociales, rupture des boucles de rétroaction).

3. Comprendre les facteurs aggravants

Le patient doit pouvoir connaître puis identifier ces facteurs afin de se positionner pour les contrôler dans son quotidien. Il faut aborder cette partie comme un accompagnement du patient pour l'aider à prioriser ses choix d'adaptation (améliorations) et trouver ensemble des outils adaptés et un cadre d'application.

4. Comprendre l'importance du mode de vie

Ce point est essentiel pour la DA mais également la santé de manière plus générale, avec pour objectif la définition d'un cadre le plus libre possible pour le patient, tout en adaptant ses activités (physiques, sociales, alimentation, exposition aux toxiques) à son profil de DA. Le patient doit se sentir en accord

avec ses valeurs, son rythme, pour prendre du recul avec le symptôme de départ et vivre au mieux en "dépassant la maladie". Il faut donc savoir respecter les aides complémentaires à la médecine traditionnelle (acupuncture, homéopathie, sylvothérapie, yoga, méditation, etc.).

Des points méritent une attention particulière afin d'être améliorés. Ainsi, la formation des soignants en éducation thérapeutique est nettement insuffisante, nos confrères pharmaciens bénéficient de 40 heures de formation pendant le parcours universitaire, contre aucune en médecine ! Le recrutement des patients est parfois rendu difficile par une communication non optimale (une mobilisation *via* les associations de patients constitue une piste d'amélioration).

Le financement des équipes (souvent délicat), la reconnaissance administrative, l'adaptation des lieux de soins sont autant de freins au développement de ce domaine, notamment en dermatologie. Les consensus de prise en charge, en particulier les dernières recommandations européennes, sont pourtant clairs : tout patient ayant une DA devrait pouvoir se voir proposer un parcours d'éducation thérapeutique.



Quels objectifs thérapeutiques pour la maladie de Verneuil ?

D'après la communication du Dr Ziad Reguiä (Service de Dermatologie, Polyclinique de Courlancy-Bezannes, Reims).

La maladie de Verneuil est considérée à tort comme une maladie rare, sa prévalence est évaluée à environ 1 % [1, 2], son incidence à 6/100 000/an (voire 18/100 000/an chez les femmes âgées de 20 à 29 ans). Il s'agit d'une pathologie à prédominance féminine (*sex ratio* de 3 à 4 femmes pour 1 homme) débutant le plus souvent au moment de la puberté.

1. Objectif de diagnostic plus précoce

Son diagnostic est clinique, basé sur la mise en évidence de lésions typiques (nodules inflammatoires/ou non, abcès, fistules drainantes ou non) survenant au niveau des plis ou de la région périnéale et évoluant de manière chronique. Malgré ces critères simples, le retard diagnostique est malheureusement fréquent et estimé en moyenne à 8 ans et 6 méde-

cins vus, 1/3 des patients posent eux-mêmes leur diagnostic sur internet. Cette errance diagnostique participe au retard thérapeutique et au retentissement psychologique et socio-professionnel de la maladie impactant fortement la qualité de vie des patients atteints (caractère chronique et imprévisible des poussées, prurit, suintement, douleurs, topographie génitale...).

2. Objectif d'identification des comorbidités

La maladie de Verneuil est une maladie systémique associant un *background* génétique, une réponse inappropriée au biofilm bactérien, une dysrégulation des voies inflammatoires et une exacerbation par des facteurs environnementaux. Le syndrome métabolique, les maladies cardiovasculaires, la dépres-

sion sont des comorbidités fréquentes de la maladie de Verneuil [3]. Une association à des manifestations rhumatismales (spondylarthropathies) et aux maladies inflammatoires colo-intestinales (essentiellement la maladie de Crohn) est mise en évidence chez au moins 5 % des patients.

3. Objectif d'harmonisation des pratiques

Depuis les recommandations européennes de 2015, de nombreux consensus ont été proposés, notamment les toutes récentes recommandations françaises cette année (algorithme disponible sur <https://reco.sfdermato.org/fr/recommandations-hidradénite-suppurée>). L'ensemble de ces recommandations s'accordent sur la nécessaire multidisciplinarité pour la prise

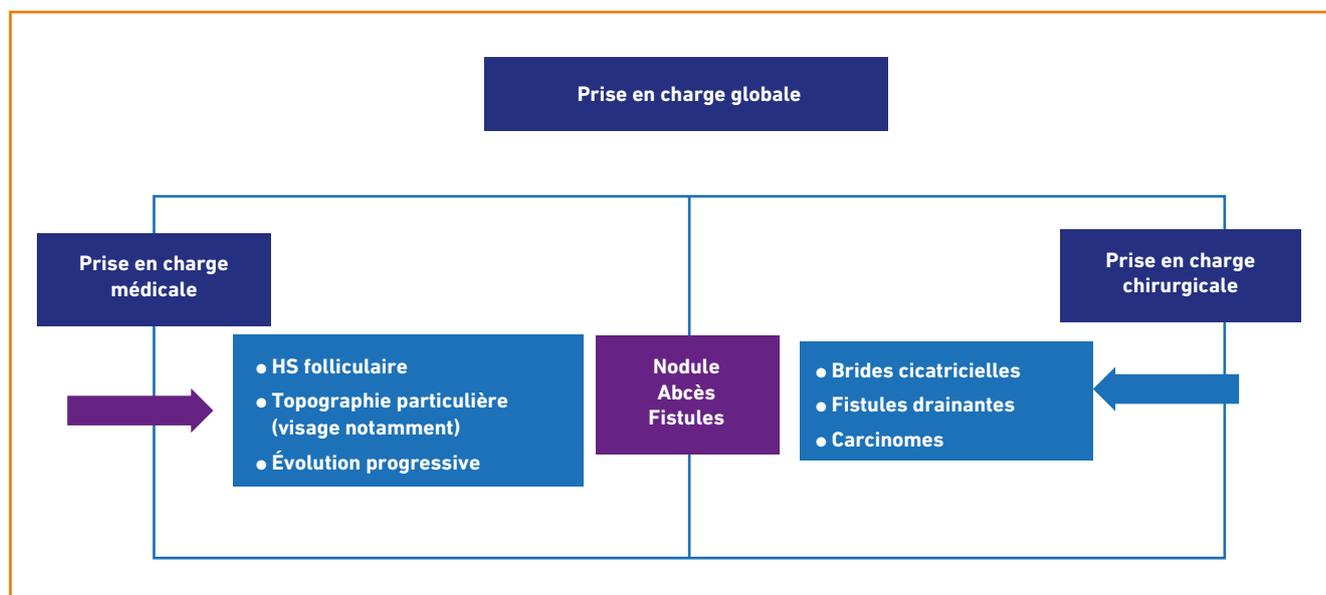


Fig. 6 : Prise en charge globale de la maladie de Verneuil.

en charge globale du patient (dermatologue, chirurgien, gastro-entérologue, rhumatologue, diététicien, psychologue...). Sur le plan thérapeutique, seule la chirurgie est curatrice (notamment pour les topographies axillaires).

Les schémas d'antibiothérapie(s) varient selon la fréquence et la sévérité des poussées (mono-antibiothérapie ou associations d'antibiotiques). Les rétinoïdes et notamment l'acitrétine peuvent se discuter en cas de phénotype folliculaire de la maladie. Les anti-TNF (infliximab, adalimumab) sont recommandés en cas d'associations à des maladies inflammatoires rhumatismales ou colo-intestinales ; et dans la plupart des recommandations internationales en cas de forme sévères en échec d'une prise en charge antibiotique. Il est à noter que ces recommandations se basent sur une littérature pauvre puisque les seules études de phase III réalisées dans la maladie de Verneuil l'ont été pour évaluer l'intérêt de l'adalimumab [4].

4. Objectif d'optimisation thérapeutique

La prise en charge de la maladie de Verneuil est complexe et peut nécessiter la combinaison de plusieurs armes de l'arsenal thérapeutique à des moments variés de l'évolution (chirurgie, antibiothérapies et biothérapies). La distinction entre les lésions dynamiques justifiant plutôt d'un traitement médical et des lésions statiques relevant plutôt d'un traitement chirurgical est primordiale (**fig. 6**). L'utilisation de l'échographie, lorsqu'elle est bien maîtrisée, peut être une aide précieuse pour réadapter la prise en charge thérapeutique [5]. Enfin, l'identification de facteurs de risque de progression de la maladie (sexe masculin, surpoids, tabac, évolution sur le long terme et les topographies périanales, glutéales et sous-mammaires) est absolument nécessaire. L'ensemble de ces éléments peut permettre de traiter les patients de manière plus précoce (fenêtre d'opportunité) avant l'apparition des fistules drainantes et autres lésions profondes.

BIBLIOGRAPHIE

1. SHAHI V, ALIKHAN A, VAZQUEZ BG *et al.* Prevalence of Hidradenitis Suppurativa: A Population-Based Study in Olmsted County, Minnesota. *Dermatology*, 2014;229:154-158.
2. VAZQUEZ BG, ALIKHAN A, WEAVER AL *et al.* Incidence of Hidradenitis Suppurativa and Associated Factors: A Population-Based Study of Olmsted County, Minnesota. *J Invest Dermatol*, 2013; 133:97-103.
3. SHLYANKEVICH J, CHEN AJ, KIM GE *et al.* Hidradenitis suppurativa is a systemic disease with substantial comorbidity burden: A chart-verified case-control analysis. *J Am Acad Dermatol*, 2014;71:1144-1150.
4. KIMBALL AB, OKUN MM, WILLIAMS DA *et al.* Two Phase 3 Trials of Adalimumab for Hidradenitis Suppurativa. *N Engl J Med*, 2016;375:422-434.
5. MARTORELL A, ALFAGEME ROLDÁN F, VILARRASA RULL E *et al.* Ultrasound as a diagnostic and management tool in hidradenitis suppurativa patients: a multicentre study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2019;33:2137-2142.



Une application de partage
de cas collaboratifs

 **Facile d'utilisation**

 **Sécurisée**

 **Gratuite**



**Pour améliorer les connaissances
et la pratique**

Avec une communauté de dermatologues
spécialisés dans les dermatoses
inflammatoires chroniques.



Partagez



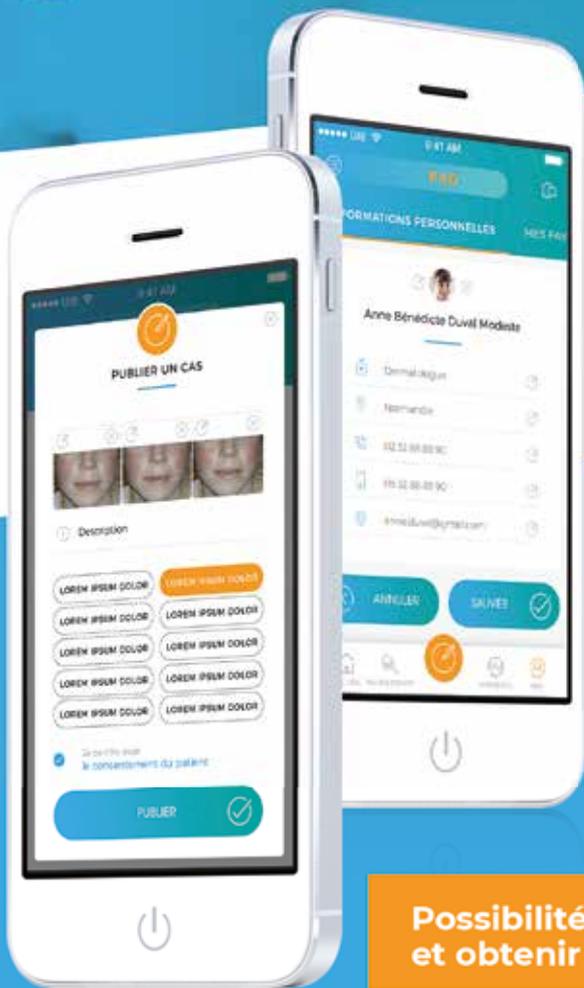
Commentez un cas clinique



**Correspondez grâce
à la messagerie sécurisée**

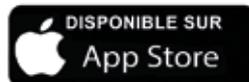


**Créez votre groupe privé
avec vos correspondants**



**Possibilité de soumettre votre cas à un dermatologue-conseil
et obtenir une réponse en moins de 24h.**

Pour télécharger
l'application :



www.resoconnex.com

Développée en toute indépendance par une communauté de dermatologues spécialisés : RESO