

# réalités

n° 314

*Thérapeutiques en* DERMATO-VÉNÉROLOGIE

**Les dermatoses unguéales inflammatoires**

**Prise en charge de l'acné chez le patient transgenre**

**La vestibulodynie : le point de vue du dermatologue**

**Les alopecies cicatricielles**

**SOPK et acné**

**Intérêt de l'hypnose en dermatologie**



## 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. Scharztz

## RÉDACTEUR EN CHEF

Dr J.-B. Monfort

## CONSEILLER À LA RÉDACTION

Dr M. Rybojad

## DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Dr R. Niddam

## SECRÉTARIAT DE RÉDACTION

M. Meissel, A. Oudry

## RÉDACTEUR GRAPHISTE

M. Perazzi

## MAQUETTE, PAO

D. Plaisance

## PUBLICITÉ

D. Chargy  
C. Poussin (assistante)

## 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 : L'Ormont  
88100 Saint-Dié-des-Vosges  
Commission Paritaire : 0127 T 81119  
ISSN : 1155-2492  
Dépôt légal : 4<sup>e</sup> trimestre 2022

## Sommaire

Octobre 2022

n° 314

Cahier 1

## REVUES GÉNÉRALES

- 3 Les dermatoses unguéales inflammatoires**  
R. Baran
- 11 Prise en charge de l'acné chez le patient transgenre**  
N. Kluger
- 16 La vestibulodynie  
Le point de vue du dermatologue**  
S. Ly
- 23 Les alopecies cicatricielles  
Quelles indications pour une microgreffe de cheveux ? Quels résultats en attendre ?**  
J. Smadja
- 30 SOPK et acné**  
D. Balès, N. Chabbert-Buffer
- 35 Intérêt de l'hypnose en dermatologie**  
H. Maillard



Un cahier 2 "SpeedOccitanie  
Compte rendu de la soirée du 24 juin 2022"  
est routé avec ce numéro.  
Un bulletin d'abonnement est en page 22.

## ■ Revues générales

# Les dermatoses unguéales inflammatoires

**RÉSUMÉ:** L'accompagnement d'une atteinte paronychique microbienne, fongique, parasitaire ou virale nécessite le plus souvent un traitement spécifique pouvant aller jusqu'à l'avulsion unguéale.

Si les formes chroniques peuvent compliquer une variante aiguë, le champ des investigations augmente avec l'hypersensibilité cutanée au contact de certains aliments. De surcroît, des affections dermatologiques (psoriasis, lichen plan, etc.) ainsi que des maladies systémiques (leucémie par exemple) peuvent s'observer.

Nous avons tenu à faire une place aux abcès sous-unguéaux, trop souvent ignorés, et aux ongles verts, fréquemment observés et "maltraités".



**R. BARAN**

Centre de diagnostic et traitement des maladies des ongles, CANNES.

### ■ Anatomie

L'ongle prend naissance dans une invagination qui a pour toit le repli sus-unguéal (RSU) arrimé sur l'ongle par la partie ventrale de la cuticule. Les 4/5<sup>e</sup> antérieurs de la face inférieure du RSU s'appellent "éponychium" et le 1/5<sup>e</sup> postérieur qui s'enroule autour du bord libre de la tablette naissante constitue la matrice proximale, c'est-à-dire la majeure partie de la matrice.

Celle-ci se poursuit sous la tablette à laquelle elle est fortement adhérente. La matrice n'est visible, par transparence, qu'au niveau de la lunule que continue le lit unguéal jusqu'à l'hyponychium, une extension sous-unguéale de l'épiderme proximal de l'extrémité du doigt située en avant du lit de l'ongle.

### ■ Paronychies aiguës et subaiguës

La paronychie se définit comme une inflammation des replis unguéaux des doigts ou des orteils.

### ● La paronychie aiguë

La paronychie aiguë est l'équivalent d'une cellulite aiguë de n'importe quelle autre région : le repli sus-unguéal et les replis latéraux deviennent rouges, puis œdématisés, et présentent enfin l'aspect d'un coussinet. La peau érythémateuse du repli sus-unguéal apparaît luisante, tendue, souvent fendillée et recouverte de croûtelles.

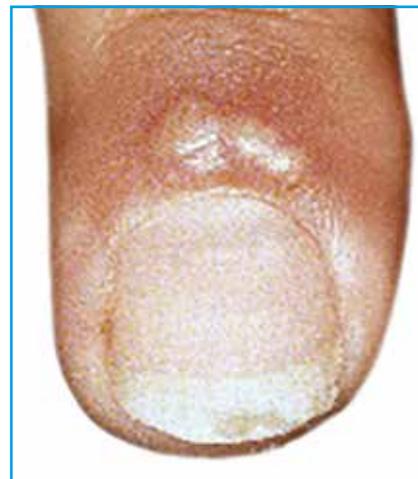


Fig. 1: Herpès.

## Revue générale

Le diagnostic différentiel doit éliminer avant tout l'*herpes simplex* (virus 1) (**fig. 1**) pour lequel le drainage chirurgical est contre-indiqué.

L'infection est habituellement staphylococcique. Elle est souvent consécutive à une brèche cutanée, à l'arrachage d'ongles, l'onychophagie étant fréquemment un facteur prédisposant, comme en témoigne une observation de péricardite purulente chez un enfant de 16 mois [1]. Une infection staphylococcique peut parfois être consécutive à la pose d'ongles sculptés [2].

Les complications d'une paronychie aiguë ne sont pas fréquentes mais peuvent réaliser une ostéite. Citons du point de vue étiologique :

>>> Le granulome des piscines (*Mycobacterium marinum*) de nature peu courante (**fig. 2**) [3]. L'infection à *Mycobacterium marinum* donne naissance à une papule légère, sensible, qui se développe sur le repli proximal puis devient pustuleuse avec un écoulement qui cesse au bout d'une semaine. Tandis que la papule augmente, la surface dorsale de la phalange distale devient érythémateuse et verruqueuse. Le diagnostic différentiel éliminera une infection mycobactérienne atypique, une sporotrichose et une tuberculose



**Fig. 2 :** *Swimming pool granuloma* ou granulome des piscines.



**Fig. 3 :** Maladie des prosecteurs.

verruqueuse. Souvent, le granulome des piscines peut durer plusieurs mois. Les petites lésions peuvent être excisées. Tétracycline ou minocycline sont efficaces.

>>> La paronychie des prosecteurs (**fig. 3**) est due à une inoculation infectieuse par *Mycobacterium tuberculosis* [4]. Cette maladie des prosecteurs signifie qu'il existe une réinoculation de la tuberculose cutanée plus souvent qu'une inoculation primitive de l'infection (cadavre tuberculeux). La pénétration traumatique est nécessaire pour initier l'infection car le bacille tuberculeux ne peut pas traverser la barrière cutanée normale. Une telle inoculation primitive tuberculeuse est rare et s'accompagne d'un test tuberculinique négatif avant l'infection.

>>> La pasteurellose d'inoculation périunguéal, observée au cours d'une chimiothérapie [5].

>>> Syphilis primaire (**fig. 4**) et paronychie syphilitique [6] sont rarement observées.

>>> L'orf survient après contact avec des animaux [6]. Certains champignons, et même le pemphigus, peuvent être responsables d'une paronychie, d'où l'inté-



**Fig. 4 :** Syphilis primaire.

rêt du cytodiagnostics de Tzanck. Après une incubation de 3 jours à 6 semaines, l'orf évolue et des lésions géantes sont rapportées chez le sujet transplanté et en cas de traitement anti-TNF-alpha.

>>> L'érythème polymorphe, secondaire à une infection virale.

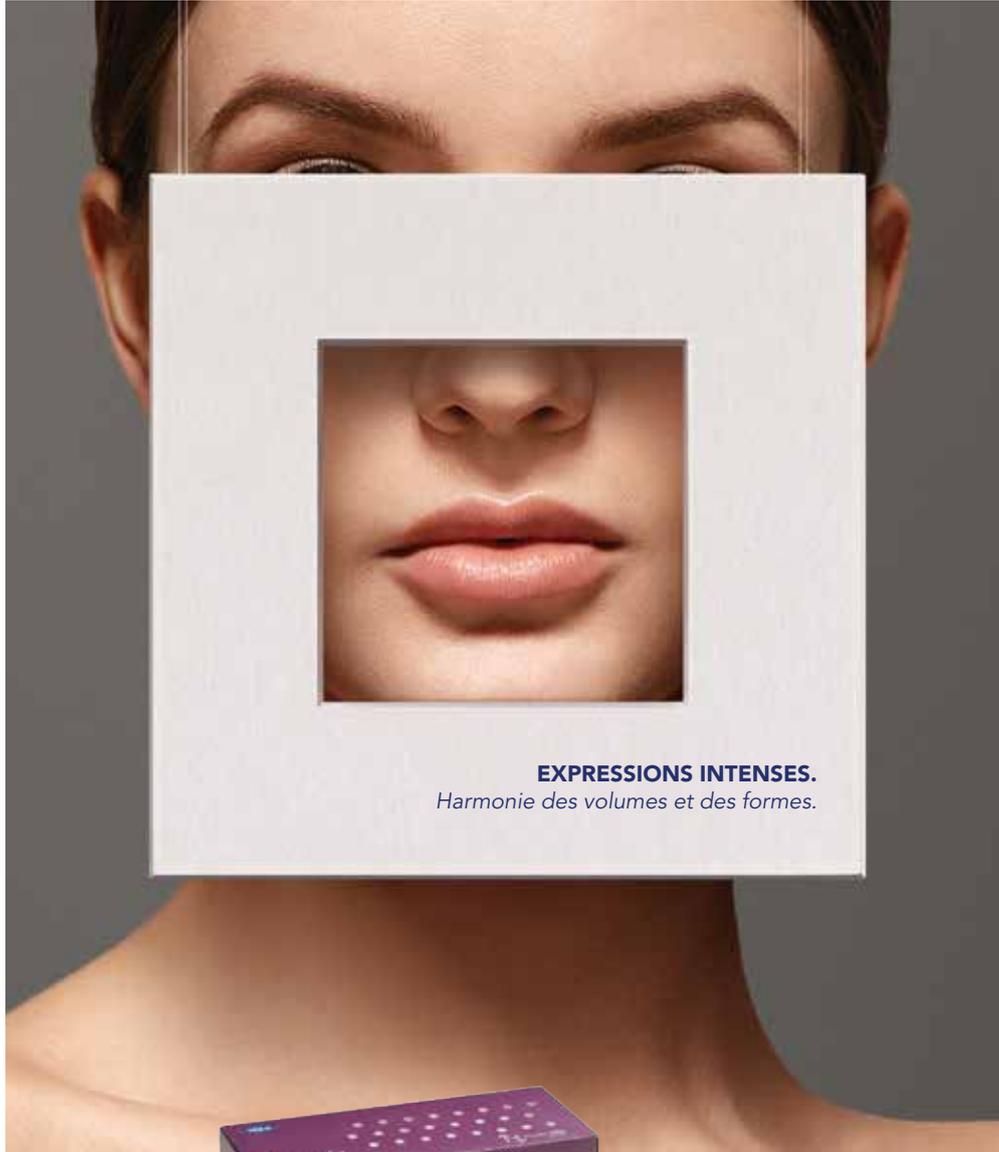
>>> La paronychie du gros orteil par chaussant contondant (**fig. 5**).

>>> La tungose ou "puce-chique" (**fig. 6**) est une infection cutanée bénigne causée



**Fig. 5 :** La paronychie du gros orteil.

# Aliaxin® EgoLips



## VOS LÈVRES EXPRIMENT VOTRE SINGULARITÉ.

Vos lèvres sont les interprètes de votre vie. Elles apportent toute l'intensité de vos émotions dans chacune des scènes de votre quotidien.

Aliaxin® Egolips :  
Trois protocoles conçus pour mettre en valeur la singularité de vos lèvres. Les deux gels Aliaxin® FL et Aliaxin® LV contribuent à la volumisation harmonieuse des lèvres, tout en respectant leurs caractéristiques et en améliorant leur forme.

**IBSA Derma,**  
19 rue Marbeuf 75008 Paris  
Tél : 0801 908 038 (appel gratuit)  
🌐 [ibsaderma.fr](http://ibsaderma.fr)  
@ [ibsaderma.fr@ibsagroup.com](mailto:ibsaderma.fr@ibsagroup.com)  
📍 [ibsaderma\\_france](#)

**Aliaxin®FL**



**Aliaxin®LV**

Aliaxin® FL et LV sont indiqués pour la restauration des volumes physiologiques du visage et notamment des lèvres. Lire attentivement les notices avant utilisation. Dispositifs médicaux de classe III. Marquage CE 0373. Fabricant : Rose Pharma SA. Pas de prise en charge LPPR. Date d'édition du document : Juin 2022. Numéro de référencement interne: 22-03-IBSA-PM-005.

**CHAQUE PERSONNE EST UNE ŒUVRE D'ART.**



**Caring Innovation**

## Revue générale



Fig. 6 : Tungose.

par *Tunga penetrans* dans les pays tropicaux. Les œufs éclosent dans le sable chaud et les puces injectent l'hormone lors du contact avec le sable. Le diagnostic est clinique, facilité par le dermoscope montrant une papule arrondie asymptomatique en forme de cible, avec un point noir central. Le traitement repose sur l'extraction mécanique à la curette ou par la vaseline salicylée sous occlusion.

>>> Après l'apparition d'une onycholyse des 10 doigts évoluant depuis 3 semaines, une patiente consulte pour un périonyxis inflammatoire des 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> doigts de la main droite au cours d'une chimiothérapie par docétaxel.

>>> Enfin, l'association d'une paronychie subaiguë et d'une onycholyse d'un doigt ou d'un orteil évoque une candidose, une fusariose ou un psoriasis pustuleux, en particulier sous forme d'acrodermatite continue d'Hallopeau [7].

>>> La myase sous-unguéale [8] est rare sans être exceptionnelle [9]. *Musca domestica* s'observe après un traumatisme ou un hématome sous-unguéal, surtout du gros orteil.

Il est intéressant de noter chez les patients neutropéniques [10] la fréquence et l'impact des infections périunguéales des orteils à *Fusarium* et *Aspergillus* en particulier.

Nous n'évoquerons pas la lèpre ni la goutte avec ses calcifications tendineuses, ni la périarthrite ou encore la sarcoïdose, voire l'inflammation ou les tumeurs malignes de la région.

### ● Rétronymie

Elle peut s'observer au cours de l'incarnation unguéale postérieure. La partie proximale de la lame est incarnée dans la zone ventrale du repli postérieur réalisant cliniquement une paronychie proximale chronique, où l'inflammation est le produit de quelques générations de tablettes entraînant une élévation unguéale proximale au-dessus du repli sus-unguéal. L'arrêt de la croissance de l'ongle est le premier signe visible [7]. La tablette épaissie et dyschromique (habituellement jaunâtre) devient parfois brunâtre par pigmentation consécutive à la dihydroxyacétone produite par les organismes présents au niveau du repli sus-unguéal.

### ● Réactions médicamenteuses affectant le repli sus-unguéal

La paronychie induite par le cétuximab peut être traitée par un antibiotique tel que la doxycycline. Chez les patients dont la paronychie est produite par l'indinavir, sa substitution par un antirétroviral différent, retenant la lamivudine et d'autres inhibiteurs de protéase, peut résoudre les manifestations de type rétinolide sans rechute.

La paronychie occasionnée par le taxane est inhabituelle alors que les inhibiteurs de la tyrosine kinase sont nombreux : géfitinib [11], erlotinib, afatinib, osimertinib, ibrutinib [12]. Une chute complète des ongles des doigts est apparue après l'application d'une base de vernis suivie de l'application de deux couches colorées et finalement d'une couche de surface. Après chaque application, les ongles ont subi une séance d'UV de 30 secondes. Pour ôter les gels unguéaux, les ongles peuvent être trempés dans de l'acétone pure à 100 %.

## ■ Paronychies chroniques

La paronychie est considérée comme chronique lorsque sa symptomatologie dépasse les 6 semaines. Elle s'observe dans :

- des cas de candidoses et d'infections à *Pseudomonas*, souvent associées (fig. 7) ;
- la gale, la dactylite leishmanienne chronique chez un nourrisson [13] ;
- les paronychies chroniques à dématiés (*Curvularia lunata* avec ongle noir d'un pouce) [14] ;
- de rares formes de vascularite touchant les vaisseaux de taille fine ou moyenne chez les sujets habituellement de sexe masculin, souvent gros fumeurs. Une hyperpigmentation de la moitié distale des ongles de MD3 et MG3 est apparue, accompagnée d'un épaississement des 10 doigts. Une culture sur Sabouraud avec dextrose agar a permis la pousse d'une variété de *Sporothrix* ultérieurement confirmée. L'itraconazole 200 mg/j pendant 3 mois a obtenu la guérison, confirmée 1 mois plus tard [15] ;
- les ischémies de la région distale des extrémités des membres.

Cette variété d'une grande banalité est habituellement secondaire à une dermatite de contact d'un type particulier. L'inflammation chronique des replis périunguéaux, et avant tout du repli postérieur, produit un coussinet semi-circulaire, rouge, tendu et douloureux, plus ou moins saillant, entourant la base de l'ongle. La cuticule a disparu, ouvrant l'espace virtuel conduisant au cul-de-sac unguéal où se forme parfois du pus.



Fig. 7 : Paronychies chroniques avec ongle vert.

La tablette est souvent ciselée de sillons brefs, rapprochés, parallèles, étagés le long d'une bande brunâtre couvrant l'un des bords latéraux ou les deux. La colonisation des replis par *Candida spp.* et des bactéries, souvent gram négatives, est habituelle.

L'évolution peut être émaillée d'épisodes aigus ou subaigus qui ne doivent pas tromper l'observateur. Elles sont habituellement secondaires à une infection bactérienne. Elles peuvent disparaître spontanément.

L'absence de réponse aux divers traitements est en faveur de l'existence d'un corps étranger (cheveux, soies, écharde, etc.).

En fonction des principales causes, la paronychie chronique peut être classée en plusieurs catégories [16] :

>>> L'hypersensibilité au contact de certains aliments : on s'accorde actuellement pour considérer certaines paronychies chroniques comme une réaction immédiate d'hypersensibilité lors de la manipulation de légumes, d'ail [17], de viandes, de poissons, etc.

>>> La dermatite de contact allergique à des médicaments topiques.

>>> L'hypersensibilité candidosique (une telle réaction évoquant un mécanisme proche de celui des vaginites candidosiques récidivantes).

>>> La réaction d'irritation (qui peut se compliquer secondairement de phénomènes d'hypersensibilité).

>>> Les paronychies candidosique et bactérienne (*Pseudomonas*, staphylocoque doré), qui sont fréquentes : la forme candidosique véritable est inhabituelle sauf chez les sujets immunodéprimés ou atteints de candidose cutanéomuqueuse chronique. Contrairement à l'infection à *Candida*, des moisissures telles que *Fusarium*, *Aspergillus*, voire

*Scopulariopsis brevicaulis*, sont susceptibles de réaliser une paronychie subaiguë accompagnée d'une leuconychie proximale sous-unguéale mycosique.

>>> La paronychie parasitaire, la tungose, la gale et la leishmaniose avec pigmentation acrale exogène due à un coléoptère (fig. 8) [18].

>>> La paronychie iatrogène occasionnée par indinavir, cétuximab, ibrutinib [19], géfitinib [11], lédipasvir/sofasbuvir [20],



Fig. 8 : Étrétnate.

taxane, étrétnate. La paronychie induite par l'étrétnate peut être traitée par un antibiotique tel que la doxycycline chez des patients dont la paronychie est induite par l'indinavir. Sa substitution par un antirétroviral différent retenant la lamivudine et d'autres inhibiteurs de protéine peut résoudre les manifestations de type rétinolide sans rechute.

>>> L'affection dermatologique (psoriasis, lichen plan, rétronychie).

>>> Les paronychies professionnelles (tableau I).

>>> Les maladies systémiques telles que syndrome xanthochyrique, sclérodémie, maladie de Raynaud, leucémie lymphoïde chronique [21] : les replis sus-unguéaux peuvent présenter un œdème rouge accompagné d'une déformation unguéale.

Un périonyxis spécifique unilatéral au cours d'une leucémie lymphoïde chronique a été observé chez un patient de 84 ans chez lequel seule la radiothérapie externe a obtenu la disparition des lésions de périonychie d'une main [22]. Cas des patients neutropéniques : le

<ul style="list-style-type: none"> <li>● <i>Candida albicans</i>, candidose cutanéomuqueuse chronique</li> <li>● <i>Candida</i> en association à des bactéries intestinales</li> <li>● Transpiration excessive et dermatite atopique</li> <li>● Formes virales : herpès (personnel médical)</li> </ul> <p><b>Thérapeutiques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Formes aiguës : méthotrexate à hautes doses</li> <li>● Formes chroniques : étrétnate, β-cis acide rétinolide (ibrutinib)</li> <li>● Immobilisation plâtrée</li> </ul> <p><b>Formes dermatologiques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <i>Acrodermatitis enteropathica</i></li> <li>● Acrokératose paranéoplasique</li> <li>● Eczéma chronique</li> <li>● Lichen plan</li> <li>● Maladie coeliaque</li> <li>● Maladies du collagène</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Maladie de Darier</li> <li>● Encéphalite épidémique</li> <li>● Enchondrome digital</li> <li>● Histiocytose</li> <li>● Leucémie lymphoïde chronique</li> <li>● Mélanome</li> <li>● Ongle incarné (rétronychie)</li> <li>● Pachyonychie congénitale</li> <li>● Pemphigus</li> <li>● Psoriasis</li> <li>● Syndrome tricho-oculo-vertébral</li> <li>● Syndrome xanthochyrique</li> <li>● Déficit en zinc</li> </ul> <p><b>Maladies professionnelles</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Barman</li> <li>● Cordonnier</li> <li>● Cuisinier</li> <li>● Maladies parasitaires</li> <li>● Prosecteur</li> <li>● Peintre en bâtiment</li> <li>● Pêcheur</li> </ul>
--	---

Tableau I : Diagnostic étiologique des principales paronychies.

## Revue générale

syndrome d'une infection peut être minime ou absent chez des patients au début d'une neutropénie. Le foyer, parfois cause principale de la fièvre, ou une complication de la neutropénie peuvent se développer à mesure qu'augmentent les neutrophiles au cours de l'évolution d'une neutropénie fébrile [23].

>>> Les tumeurs (primitives ou secondaires), que nous ne décrirons pas ici.

Du point de vue thérapeutique, les règles énoncées pour la protection des ongles fragiles s'appliquent également aux paronychies chroniques, mais doivent s'y ajouter une ou deux injections, à 1 mois d'intervalle, d'une suspension d'acétonide de triamcinolone dans les replis sus-unguéaux où elles s'avèrent d'une grande efficacité.

Dans les formes polydactyliques, un traitement systémique peut être préféré aux injections :

- les corticoïdes (méthylprednisone 20 mg/j pendant 8-10 jours par exemple) agissent remarquablement ;
- par contre, les antifongiques systémiques ne nous paraissent pas indispensables, bien que le fluconazole à 50 mg/j puisse donner de bons résultats dans certaines atteintes mycosiques.

Les paronychies chroniques récalcitrantes peuvent bénéficier d'un traitement chirurgical efficace : l'excision du repli sus-unguéal en croissant. La guérison qui s'effectue par cicatrisation dirigée demande 1 mois. L'école brésilienne a proposé un traitement chirurgical original par amincissement ventral du repli sus-unguéal.

### ■ Abscesses sous-unguéaux

#### 1. Pyostomatitis-Pyodermatitis vegetans (fig. 9)

La pyodermatite-pyostomatite est un marqueur de maladie intestinale inflammatoire chronique (habituelle-

## POINTS FORTS

- Anatomie de l'appareil unguéal : l'indispensable.
- Les paronychies aiguës et subaiguës : des anomalies pluridisciplinaires.
- Les paronychies chroniques : une multiplicité étiologique trop souvent méconnue.
- Les abcès sous-unguéaux : les parents pauvres de la dermatologie.
- Les ongles verts : une atteinte enfin rassurante.



Fig. 9 : Pyodermatite-pyostomatite.

ment la colite ulcéreuse). Cette affection cutanéomuqueuse rare doit être différenciée du pemphigus végétant et de la maladie de Crohn. Une observation de pyodermatite-pyostomatite s'est accompagnée de pustules périunguéales d'un doigt aboutissant à la perte de l'ongle. L'histopathologie montre une hyperplasie épithélioïde intra- et sous-épithéliale, des granulocytes, des micro-abcès ainsi qu'une infiltration polymorphe du derme superficiel avec nombreux neutrophiles et éosinophiles. L'affection appartient au spectre des dermatoses neutrophiliques et certains

auteurs la considèrent comme une forme de *Pyoderma gangrenosum* [21].

#### 2. Pyoderma gangrenosum

Cette maladie neutrophilique, qui présente une zone pseudo-tumorale du lit unguéal accompagnée d'une bordure pustuleuse, se développe sur deux phalanges distales et est souvent associée à une maladie inflammatoire intestinale, habituellement une rectocolite hémorragique. Des poches de pus sous-unguéales, sans paronychie associée, en font une infection inhabituelle, avec douleurs lancinantes similaires à celles d'un hématome unguéal causé par la pression [22-24].

#### 3. Lectitis purulenta et granulomatosa ou inflammation purulente et granulomateuse du lit unguéal (fig. 10) [25-27]

Le lit unguéal de certains doigts, voire de tous, peut être le siège de macules lenticulaires polycycliques entourées d'une zone jaunâtre, visibles à travers la tablette. Après avulsion, le lit présente de larges masses de tissu granulomateux, avec forte acanthose, parakératose très importante et saignement sous la couche cornée. Cette anomalie entraîne des séquelles permanentes à type d'onycholyse et d'épaississement de l'ongle.

L'inflammation purulente du lit unguéal des gros orteils est probablement



**Fig. 10 :** Inflammation purulente et granulomateuse du lit unguéal.

secondaire à des microtraumatismes répétés occasionnés par les chaussures responsables d'une disparition partielle du lit unguéal.

#### 4. Myase sous-unguéale [8, 9]

Le traitement initial est simple : compresses permanentes d'alcool à 20°, protégées par un plastique et changées matin et soir pendant 2 à 3 jours. Il sera associé à un traitement antibiotique spécifique, si nécessaire. En cas d'échec, le traitement devient également chirurgical et consiste à découper la moitié postérieure de la tablette, ou mieux, celle-ci dans sa totalité pour faciliter le drainage.

#### 5. Thromboangéite oblitérante (maladie de Buerger)

### ■ Les ongles verts

Les ongles verts sont rarement une manifestation isolée. Ils font le plus souvent partie du syndrome des ongles verts avec onycholyse et paronychie (**fig. 7 et 11**). La présence de cette dernière explique la sensibilité de la région œdémateuse.

*Pseudomonas aeruginosa* secrète un certain nombre de pigments parmi lesquels la pyocyanine (bleu-vert) et la pyoverdine (jaune-vert fluorescent) viennent en tête suivis de la pyorubine (brun-rouge). *In vivo*, on assiste à la formation d'un biofilm qui constitue la principale source de sa résistance.



**Fig. 11 :** Ongle vert.

*Pseudomonas aeruginosa*, autrement connu sous le nom de bacille pyocyanique ou bacille du pus bleu, est une bactérie gram négative du genre *Pseudomonas*. Les bacilles sont fins, droits et très mobiles grâce à un flagelle polaire : il s'agit de la ciliature monotriche, dépourvue de spores et de capsule.

Dès le premier jour de la culture, une teinte verte fluorescente apparaît en surface puis se propage à toute la masse tandis qu'une odeur de fleur de tilleul ou de seringas se dégage de la culture.

Le *Pseudomonas* peut coloniser n'importe quelle région de la tablette lorsque se produit une onycholyse ou un œdème inflammatoire des replis périunguéraux. La pigmentation qui en résulte dépend de l'espèce bactérienne et de la composition des pigments qu'elle produit. La coloration de l'ongle varie du vert pâle au vert foncé, presque noir. C'est dire qu'elle peut imiter les rares cas de candidose avec ongle noir ou foncé et, plus rare encore, de *Curvularia lunata* [14]. Les pigments de *Pseudomonas* sont solubles dans l'eau et la pyocyanine est également soluble dans le chloroforme. Ils ont une activité antifongique sur les moisissures en formant un film dense sur les filaments de *Candida albicans*. Ils inhibent enfin la croissance de *T. rubrum* et *T. interdigitale*.

La coloration peut intéresser tout ou partie de la tablette. L'apparition de lignes vertes horizontales témoigne d'épisodes répétés d'une infection bactérienne antérieure, paronychique dont on peut faire la preuve diagnostique en plongeant des fragments de kératine unguéale dans de l'eau ou du chloroforme. Si en quelques heures la solution vire au vert, il est certain que *Pseudomonas* a été présent et qu'il persiste encore. Ce test de solubilité des pigments pyocyaniques permet d'éliminer une atteinte à *Aspergillus spp.*, de coloration verdâtre, ou à *Proteus mirabilis*, de coloration noirâtre. Quant à l'aspect verdâtre de l'ongle psoriasique, il a pour origine les glycoprotéines du sérum. Mais son association avec *Pseudomonas* n'est pas exceptionnelle comme l'indiquerait l'examen en lumière de Wood par exemple et/ou le test de solubilité dans l'eau des pigments de ce germe.

Le traitement de l'infection à *Pseudomonas* exige que les mains ne soient pas soumises à l'humidité, d'où le port d'une double paire de gants (coton et plastique), les gants de coton devant être changés tous les jours. Si l'humidité entretient l'infection, elle est aussi responsable de l'onycholyse qui fait le lit de l'infection. Une goutte quotidienne de solution de Dakin (hypochlorite de sodium) supprime la coloration verdâtre, mais non l'onycholyse. C'est pourquoi une guérison rapide et complète ne s'obtient qu'en découpant la zone pathologique et en brossant quotidiennement le lit unguéal à l'acide acétique à 2 %.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. BANSAL N, WALTERS HL, KOBAYASHI D. Purulent pericarditis due to paronychia in a 16-month-old child: a nail biting story. *World J Pediatr Congenit Heart Surg.* 2020;11:NP125-NP128.
2. ROBERGE RJ, WEINSTEIN D, THIMONS MM. Perionychial infections associated with sculptured nails. *Am J Emerg Med.* 1999;17:581-582.
3. HORN MS. Mycobacterium marinum infection. *J Assoc Military Dermatol.* 1981;7:25.

## I Revues générales

4. GOETTE DK, JACOBSON KW, DOTY RD. Primary inoculation tuberculosis of the skin. Prosector's paronychia. *Arch Dermatol*, 1978;114:567-569.
5. LASSERE J, BOULINGUEZ S, VIRABEN B. Pastorellose périunguée d'inoculation au cours d'une chimiothérapie. *Nouvelles Dermatol*, 2003;22:177-178.
6. MOKNI S, DUPIN, DEL GIUDICE P. Dermatologie infectieuse. *Elsevier Masson*, 2014.
7. GOETTMANN S. Les messages clés en pathologie unguéale. *Presse Médicale*, 2014;43:1267-1278.
8. GARCÍA-DOVAL I, DE LA TORRA C, LOSADA A *et al.* Subungual myiasis. *Acta Derm Venereol*, 2000;80:236.
9. PIRACCINI BM, DIKA E, GUIROLI C *et al.* Subungual myiasis: An unusual complication of taxane chemotherapy. *Australasian J Dermatol*, 2016;57:e138-e139.
10. JO UH, SHIN JH, JO SJ *et al.* Two cases of subungual mycosis in predisposed patients. *JAAD Case Rep*, 2021;14:120-123.
11. VELEZ AP, GREENE JN, VINCENT AL *et al.* Impact et étiologie des infections périunguées chez les patients neutropéniques. *Infect Dis Clin Pract*, 2012;20:e31-e34.
12. WOLLINA U. Systemic drug induced chronic paronychia and periungual pyogenic granuloma. *Indian Dermatol Online J*, 2018;9:293-298.
13. AOUNALLAH A, GHARIANI FETOUI N, BOUSSOFARA L *et al.* Dactylite leishmanienne chronique chez un nourrisson. *Ann Dermatol Vener*, 2016;143:661-662.
14. KAMALAMA A, AJITHADASS K, SENTAMILSELVI G *et al.* Paronychia and black discoloration of a thumb nail caused by *Curvularia lunata*. *Mycopathologia*, 1992;118:83-84.
15. DOS SANTOS LM, DOS SANTOS JLD, GUERRA JAO. Chronic paronychia as a manifestation of skin leishmaniasis. *Rev Soc Bras Med Trop*, 2021;54:e0644-2020.
16. POWELL FC, SU WP, PERRY HO. Pyoderma gangrenosum classification and management. *J Am Acad Dermatol*, 1996;34:395-409; quiz 410-412.
17. MOKNI S, BOUSSOFARA L, SAIDI W *et al.* Exogenous acral pigmentation related to a darkling beetle. *EADV*, 2017;1088-1095.
18. YORULMAZ A, YALCIN B. Paronychia and periungual granulation as a novel side effect of Ibrutinib: A case report. *SAD*, 2020;6:32-36.
19. SAMPSON B, LEWIS BKH. Paronychia associated with ledipasvir/sofosbuvir for hepatitis C treatment. *J Clin Aesthetic Dermatol*, 2019;12:35-37.
20. HOSONO Y, UENAMI T, YANO Y *et al.* Febrile neutropenia with bacterial paronychia. *Clin Case Reports*, 2018;6:543-544.
21. LONGVERT C, PAVLOVIC M, BAFOUNTA ML *et al.* Périonyxis spécifique au cours d'une leucémie lymphoïde chronique. *Ann Dermatol Venereol*, 2001;128:3581-28C Poster 69
22. DELAPORTE E, VIGOT N, PASTUREL-MICHON U *et al.* Pyostomatite-Pyodermite végétante révélatrice d'une maladie de Crohn. *Ann Dermatol Venereol*, 1998;125:331-334.
23. REICH A, MAJ I, CISLO M *et al.* Periungual lesions in pyoderma gangrenosum. *Clin Exp Dermatol*, 2009;34:e81-84.
24. BASHIR SJ, MCGIBBON D. Subungual pyoderma gangrenosum complicated by myopathy induced by ciclosporin and tacrolimus. *Clin Exp Dermatol*, 2009;34:530-532.
25. RUNNE U, GOERTZ E, WEASE A. Lectitis purulenta et granulomatosa. *Zeitschr Hautkrankh*, 1978;53:625.
26. EICHMANN A, BARAN R. Lectitis purulenta et granulomatosa. *Dermatology*, 1998;196:352-353.
27. COGREL O, BEYLOT-BARRY M, CLAUDEL P *et al.* Lectitis purulenta et granulomatosa. *Ann Dermatol Venereol*, 134 (HS) 2:7S 126. Poster 88.

---

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

## Revue générale

# Prise en charge de l'acné chez le patient transgenre

**RÉSUMÉ :** L'acné est la complication dermatologique la plus fréquente rencontrée par les patients transgenres hommes durant la phase de transition. Elle touche environ 1 individu sur 3. Ces derniers la considèrent sévère dans 1 cas sur 3 également, principalement les hommes transgenres sous testostérone. Il n'existe pas de recommandations spécifiques pour la prise en charge de l'acné chez les patients transgenres. Celle-ci se calque sur les recommandations concernant les patients et patientes cisgenres. La prescription d'isotrétinoïne est particulière chez les patients hommes transgenres, car il faut s'enquérir de leur anatomie génitale et de leurs pratiques sexuelles. La prise de testostérone et l'aménorrhée chez un patient homme transgenre avec des organes génitaux féminins natifs n'éliminent pas le risque de grossesse. Une contraception avec tests de grossesse réguliers peut s'avérer nécessaire.



**N. KLUGER**  
Service de Dermatologie,  
CHU d'Helsinki, HELSINKI (Finlande);  
Service de Dermatologie,  
Hôpital Bichat-Claude Bernard, PARIS.

En 2015, Amnesty International estimait à 1,5 million le nombre de personnes transgenres dans l'Union européenne [1]. En France, le chiffre de 15 000 personnes transgenres était avancé par l'association ORTrans (Objectif Respect Trans) en 2018 [2].

### Définitions de la transidentité et des personnes transgenres

On rappellera ces définitions simples autour de la transidentité [3]:

- les personnes *transgenres* (Tg) sont des personnes dont l'identité ou l'expression de genre, à des degrés divers, diverge du sexe attribué à la naissance;
- un *homme transgenre* (TgH; individu transgenre femme > homme, anciennement homme transsexuel) est une personne dont le sexe assigné à la naissance était féminin et qui s'identifie comme un homme;
- une *femme transgenre* (TgF; individu transgenre homme > femme, anciennement femme transsexuelle) est une personne dont le sexe attribué à la naissance

était masculin et qui s'identifie comme une femme;

– la *transition* (ou affirmation de genre) est le processus qui consiste à reconnaître, accepter et exprimer son identité de genre;

– la *dysphorie de genre* est la détresse psychologique que peut éprouver une personne en raison d'une inadéquation entre son sexe biologique et son identité de genre. Ce sentiment de malaise ou d'insatisfaction peut être intense au point de conduire à la dépression et à l'anxiété, impactant de façon négative la vie quotidienne.

Il faut aussi garder en mémoire que la transition ou l'identité transgenre sont indépendantes des traitements chirurgicaux ou médicaux. Ainsi, un TgH peut tout à fait avoir des organes génitaux féminins, ce qui impacte, comme on le verra, l'initiation de l'isotrétinoïne.

Les patients transgenres ont des besoins dermatologiques uniques, et souvent non satisfaits, pendant la transition de genre,

## Revue générale

liés à l'hormonothérapie et à la chirurgie d'affirmation de genre. Les objectifs de l'hormonothérapie, qu'il s'agisse de la testostérone chez les TgH ou des estrogènes chez les TgF, sont similaires mais antagonistes : modification de la pilosité faciale et corporelle, redistribution de la graisse cutanée, modification de la transpiration et de l'odeur corporelle, changement de voix, disparition des règles, réduction/développement mammaire, élargissement du clitoris et réduction de la dysphorie de genre [4].

Les TgH et TgF sont exposés à diverses complications dermatologiques possibles, mais cette revue se focalisera uniquement sur l'acné et les particularités de sa prise en charge chez les TgH.

### Prévalence de l'acné chez les hommes transgenres

L'acné peut toucher les TgH et TgF avant l'initiation de tout traitement. Après le début de l'hormonothérapie, elle concerne particulièrement les TgH sous testostérone alors que sa prévalence est significativement diminuée chez les personnes TgF sous estrogènes, comparés aux femmes cis, hommes cis et aux Tg n'ayant pas commencé d'hormonothérapie [5]. Elle représente près de 80 % des problèmes dermatologiques des patients TgH, lesquels sont sous testostérone dans 70 % des cas [6]. Son intensité et son délai de survenue varient selon les individus. Le délai moyen de survenue de l'acné est de 11,5 mois [6]. Dans une étude rétrospective américaine sur des dossiers électroniques ayant inclus 1 576 transgenres hommes, la prévalence de l'acné était de 26,3 % [6].

Dans une étude américaine menée sur 55 TgH, la prévalence de l'acné après initiation de la testostérone augmentait progressivement : 9 % à 3 mois, 18 % à 6 mois, 25 % à 12 mois et 38 % à 24 mois [7]. Elle était significativement associée à des taux de testostérone élevés (> 640 ng/dL) et un index de masse corporelle (IMC) plus élevé.

Dans une moindre mesure, le tabagisme actif est également associé à l'acné [7]. Thoreson *et al.* ont trouvé une prévalence globale de 26,5 % sous traitement, avec une augmentation progressive au cours du temps (incidence de 19 % à 1 an et de 25,1 % à 2 ans), et un lien avec le jeune âge de début de l'hormonothérapie, mais pas de lien avec l'IMC [8].

### Manifestations de l'acné chez les hommes transgenres

L'acné induite par la testostérone est identique aux autres formes d'acné androgénodépendantes. Elle affecte le tiers inférieur du visage, la poitrine, le haut des bras et le dos [9]. Elle est considérée comme modérée à sévère chez 20,8 % des Tg en général et surtout chez 28 % des TgH [10]. Dans une autre étude de la même équipe, parmi 283 patients TgH, 16,3 % rapportaient une acné modérée à sévère active et 17,3 % des antécédents d'acné modérée à sévère [11]. Il s'agit cependant de données subjectives sans examen clinique.

La testostérone est un possible facteur de risque d'acné *fulminans*, comme cela a

été observé chez des adolescents traités par testostérone pour grande taille. Lee *et al.* ont rapporté récemment un cas d'acné *fulminans* chez un jeune homme transgenre de 16 ans après 6 mois de traitement par testostérone [12].

Notons une forme particulière d'acné du tronc chez les TgH due au bandage de la poitrine pour créer une apparence de poitrine plus plate en utilisant des méthodes comme des soutiens-gorge de sport, des bandages élastiques ou des vêtements de sport compressifs. Cette forme d'acné touche près d'un TgH sur 3 [13].

### Prise en charge de l'acné

Il n'existe actuellement aucune recommandation spécifique, ni de données fondées sur les preuves quant à la prise en charge de l'acné hormonale induite par la testostérone chez les patients Tg. On s'accorde à utiliser les mêmes traitements que pour les personnes cisgenres ne recevant pas de testostérone [9]. Ainsi, les traitements classiques locaux, antibiotiques et l'isotrétinoïne peuvent être proposés en fonction de la gravité de l'acné [9, 14] (**fig. 1**). Certains auteurs sur-

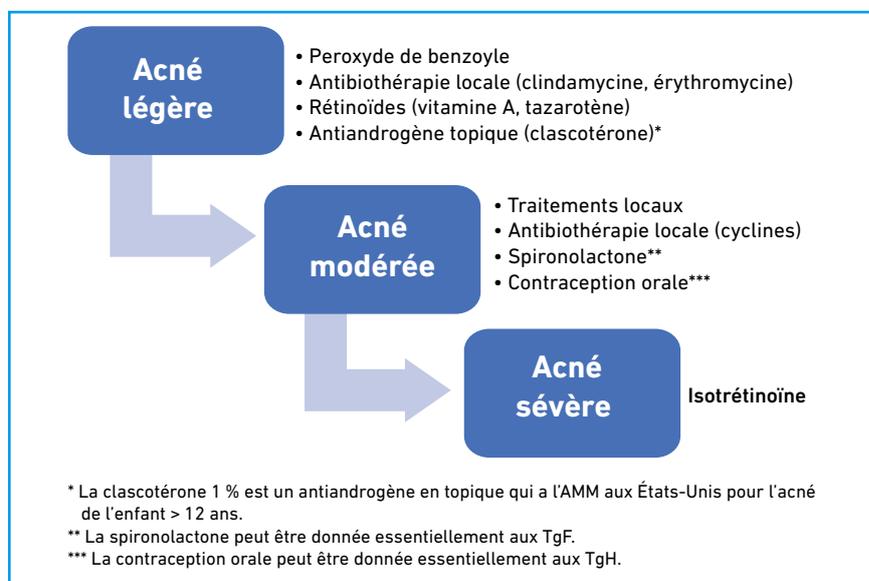


Fig. 1 : Prise en charge de l'acné selon la sévérité chez un patient transgenre.

## **réalités**

Thérapeutiques en **DERMATO-VÉNÉROLOGIE**

En ouverture des 17<sup>es</sup> JIRD,  
le laboratoire dermatologique **BIODERMA**,  
en partenariat avec  
**Réalités Thérapeutiques  
en Dermato-Vénérologie**,  
vous invite à voir ou revoir **EN DIFFÉRÉ**  
la retransmission de la webconférence interactive

# L'acné en 2022: prescrire un traitement... mais pas que

**Modératrice:** Pr Brigitte Dréno, Nantes



**Revue de la littérature "les articles qu'il faut avoir lus en 2022"**

Pr Brigitte Dréno, Nantes



**Nouveaux visages de l'acné à partir de 3 cas cliniques commentés**

Dr Sandra Ly, Gradignan



**Impact psychologique de l'acné sur les adolescents du XXI<sup>e</sup> siècle**

Dr Olivier Revol, Lyon



**Innovation kératolytique et duo hygiène/soin : l'approche Bioderma**

Élodie Valin, PhD, Aix-en-Provence

Directrice de la valorisation scientifique Naos



<https://bioderma.realites-dermatologiques.com>

Inscription obligatoire – Webconférence réservée aux professionnels de santé

## I Revues générales

veillent le bilan hépatique sous cyclines et sous isotrétinoïne en raison du risque hépatotoxique qui serait théoriquement accru avec la testostérone [14].

Parmi les particularités de la prise en charge des patients Tg, la spironolactone peut améliorer l'acné des TgF et a, en plus, des effets féminisants qui peuvent être recherchés. Inversement, elle est à éviter chez le TgH en raison de ses effets antagonistes de la testostérone [9].

La testostérone n'est pas une contre-indication à une contraception, qu'elle soit hormonale ou non. Les modes de contraception que l'on peut proposer à un patient TgH sont les suivants : implant, dispositif intra-utérin hormonal ou en cuivre, patch hormonal, contraception orale, injection hormonale, anneau vaginal et stérilisation tubaire. L'aménorrhée induite est un effet également recherché par les patients TgH qui ont encore des saignements. On évitera les traitements hormonaux susceptibles d'entraîner saignements, *spotting* ou douleurs abdominales car ces effets sont évidemment désagréables et peuvent en outre déclencher une dysphorie de genre. Une discussion avec un médecin spécialisé dans la santé des patients Tg est utile pour adapter les méthodes contraceptives aux besoins des patients.

### Problématique de l'isotrétinoïne chez l'homme transgenre

Les TgH ayant des organes reproducteurs internes féminins natifs présentent un risque de grossesse difficile à quantifier malgré une éventuelle aménorrhée due à un traitement à la testostérone [15]. Dans une enquête en ligne datant de 2014, parmi 25 TgH déclarant utiliser de la testostérone avant la grossesse, 5 (20 %) ont déclaré concevoir alors qu'ils étaient en aménorrhée suite à l'utilisation de testostérone [16].

## POINTS FORTS

- L'acné est fréquente chez les hommes transgenres sous testostérone.
- La prise en charge est quasi identique à celle des patients cisgenres.
- Un interrogatoire honnête, ouvert et direct concernant l'anatomie actuelle et les pratiques sexuelles des patients hommes transgenres est indispensable pour évaluer les risques de grossesse sous isotrétinoïne et proposer, si besoin, une contraception adaptée.

Entre 2009 et 2019, l'assurance maladie australienne a enregistré 228 grossesses chez des TgH [17].

Ainsi, une discussion franche, ouverte et respectueuse avec le patient concernant son anatomie actuelle et ses pratiques sexuelles est indispensable. Si elle révèle l'existence d'un risque, celui-ci doit être géré avec l'introduction d'un moyen acceptable de prévention de la grossesse et des tests de grossesse réguliers [17]. Un patient TgH qui a une activité sexuelle exclusivement féminine et qui n'a qu'un seul partenaire masculin, lequel est vasectomisé, ou qui a subi une ligature des trompes, une hystérectomie et/ou une ovariectomie bilatérale dans le cadre d'un traitement chirurgical d'affirmation du genre ne recevra pas les mêmes conseils en matière de risque de grossesse pendant la consultation [15]. Par conséquent, à moins que les TgH ayant des organes reproducteurs internes féminins natifs déclarent qu'ils sont complètement abstinentes avec des partenaires masculins, ces personnes doivent être considérées comme présentant un risque potentiel de grossesse et doivent subir des tests de grossesse au départ et tous les mois.

Il n'existe pas de données sur le protocole d'escalade de dose, mais étant donné les risques d'acné *fulminans* sous traitement par testostérone et isotrétinoïne, une augmentation progressive par petite dose semble légitime.

La prévalence de la dépression, de l'anxiété et de la suicidalité est plus élevée chez les personnes transgenres [9]. Braun *et al.* ont rapporté que 71 % et 50 % des personnes atteintes d'acné modérée à sévère, respectivement actuelle ou passée, avaient des symptômes de dépression cliniquement significatifs [11]. De plus, des cas isolés de dépression, anxiété ou blessures auto-induites ont été rapportés sous isotrétinoïne [18]. Il convient donc de s'enquérir de ce type de symptômes avant mise sous traitement et de prévenir le patient de l'éventualité de leur survenue sous traitement.

Les délais de cicatrisation peuvent être allongés sous isotrétinoïne. Le dermatologue devra s'enquérir des plans du patient en matière de chirurgie d'affirmation du genre (mastectomie, phalloplastie, etc.) et prévenir des risques de retard de cicatrisation en cas de chirurgie sous traitement.

Enfin, la question de la durée du traitement par isotrétinoïne (cure classique ou régime microdosé au long cours) se pose compte tenu de l'hormonothérapie au long cours.

### Conclusion

L'acné est fréquente, avec un impact psychosocial et des répercussions sur la qualité de vie des patients TgH recevant de

la testostérone. Les patients transgenres méritent la même qualité de soins que les patients cisgenres. L'escalade thérapeutique est identique à celle des patients cisgenres. Une anamnèse inclusive, la collecte systématique de données sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre ainsi qu'un examen physique sont importants pour évaluer les risques liés à l'isotrétinoïne. Une discussion honnête et bienveillante est cruciale, notamment lorsqu'il est nécessaire de débiter une contraception chez un patient TgH.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Amnesty international. Europe: Transgender people face discrimination and inhuman treatment <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2014/02/europe-transgender-people-face-discrimination-and-inhuman-and-degrading-treatment/> 4 Février 2014 [accède le 17 juin 2022]
2. Assemblée nationale <https://questions.assemblee-nationale.fr/q15/15-7019QE.htm> 03 Avril 2018 [accédé le 17 Juin 2022]
3. YEUNG H, LUK KM, CHEN SC *et al.* Dermatologic care for lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: Terminology, demographics, health disparities, and approaches to care. *J Am Acad Dermatol*, 2019;80:581-589.
4. YEUNG H, LUK KM, CHEN SC *et al.* Dermatologic care for lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: Epidemiology, screening, and disease prevention. *J Am Acad Dermatol*, 2019; 80:591-602.
5. GAO JL, KING DS, MODEST AM *et al.* Acne risk in transgender and gender diverse populations: A retrospective, comparative cohort study. *J Am Acad Dermatol*, 2022;S0190-9622(22)00394-2.
6. IMHOF RL, DAVIDGE-PITTS CJ, MIEST RYN *et al.* Dermatologic disorders in transgender patients: A retrospective cohort of 442 patients. *J Am Acad Dermatol*, 2020;83:1516-1518.
7. PARK JA, CARTER EE, LARSON AR. Risk factors for acne development in the first 2 years after initiating masculinizing testosterone therapy among transgender men. *J Am Acad Dermatol*, 2019;81:617-618.
8. THORESON N, PARK JA, GRASSO C *et al.* Incidence and Factors Associated With Acne Among Transgender Patients Receiving Masculinizing Hormone Therapy. *JAMA Dermatol*, 2021; 157:290-295.
9. RADI R, GOLD S, ACOSTA JP *et al.* Treating Acne in Transgender Persons Receiving Testosterone: A Practical Guide. *Am J Clin Dermatol*, 2022;23:219-229.
10. YEUNG H, RAGMANAUSKAITE L, ZHANG Q *et al.* Prevalence of moderate to severe acne in transgender adults: A cross-sectional survey. *J Am Acad Dermatol*, 2020;83:1450-1452.
11. BRAUN H, ZHANG Q, GETAHUN D *et al.* Moderate-to-Severe Acne and Mental Health Symptoms in Transmasculine Persons Who Have Received Testosterone. *JAMA Dermatol*, 2021; 157:344-346.
12. LEE G, FERRI-HUERTA R, GREENBERG KB *et al.* Acne fulminans in a transgender boy after an increase in testosterone dosage. *JAAD Case Rep*, 2022;21:32-34.
13. PEITZMEIER S, GARDNER I, WEINAND J *et al.* Health impact of chest binding among transgender adults: a community-engaged, cross-sectional study. *Cult Health Sex*, 2017;19:64-75.
14. CAMPOS-MUÑOZ L, LÓPEZ-DE LARA D, RODRÍGUEZ-ROJO ML *et al.* Transgender adolescents and acne: A cases series. *Pediatr Dermatol*, 2018;35:e155-e158.
15. RICHER V, KURITZKY LA. Considerations in Treating Severe Acne With Isotretinoin in Transgender Men. *J Cutan Med Surg*, 2020;24:529-530.
16. LIGHT AD, OBEDIN-MALIVER J, SEVELIUS JM *et al.* Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. *Obstet Gynecol*, 2014;124:1120-1127.
17. KURITZKY LA, RICHER V. Response to Reader Comment on "Considerations in Treating Severe Acne With Isotretinoin in Transgender Men". *J Cutan Med Surg*, 2021;25:340-341.
18. CAMPOS-MUÑOZ L, LÓPEZ-DE LARA D, CONDE-TABOADA A *et al.* Depression in transgender adolescents under treatment with isotretinoin. *Clin Exp Dermatol*, 2020;45:615-616.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

## I Revues générales

# La vestibulodynie

## Le point de vue du dermatologue

**RÉSUMÉ :** La vestibulodynie est la plus fréquente des vulvodynies localisées. Elle se caractérise sur le plan fonctionnel par des douleurs vulvaires localisées au vestibule, le plus souvent à type de brûlure, ainsi que par des dyspareunies superficielles d'intromission. Le diagnostic de vestibulodynie est clinique, l'examen vulvaire, réalisé en période algique, ayant pour objectif d'éliminer une lésion vulvaire pertinente susceptible d'expliquer les symptômes, une douleur d'origine neurologique et de confirmer le siège et le caractère allodynique de la douleur.

La prise en charge de la vestibulodynie, multidisciplinaire, repose en premier lieu sur la kinésithérapie périnéale. Le rôle du dermatologue, parfois sollicité après un long parcours de soins et une véritable errance thérapeutique de la patiente vulvodynique, est important aussi bien sur le plan diagnostique que thérapeutique.



**S. LY**

Hôpital St-André, CHU de BORDEAUX ;  
Cabinet de Dermatologie, GRADIGNAN.

La vulvodynie a été définie en 2003 par l'International Society for Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD) comme *“un inconfort vulvaire chronique, le plus souvent à type de brûlure, sans lésion pertinente visible et sans maladie neurologique cliniquement identifiable”* [1]. Un consensus en 2015 définit la vulvodynie comme *“une douleur vulvaire présente depuis au moins 3 mois, sans cause clairement identifiable”* [2].

La vestibulodynie est une forme localisée de vulvodynie au cours de laquelle la sensation d'inconfort ou de brûlure ne concerne que le vestibule, à la différence de la vulvodynie généralisée qui intéresse l'ensemble de la vulve. La vestibulodynie est la plus fréquente des vulvodynies localisées, la clitoridodynie étant nettement plus rare. Elle peut être spontanée, provoquée ou mixte, et elle sera qualifiée de “primaire” en cas de survenue dès le premier rapport sexuel (ou lors de la première utilisation de tampons) et de “secondaire” si

sa survenue succède à une phase d'activité sexuelle (ou d'insertion de tampon) non douloureuse.

Sur le plan physiopathologique, on considère actuellement que la vestibulodynie, au même titre que la vulvodynie, pourrait être liée à l'interaction complexe de multiples facteurs biomédicaux et psychosociaux [3] : par exemple, la survenue sur un terrain génétiquement prédisposé d'épisodes récidivants de candidose associée au rôle iatrogénique de certains topiques pourrait être responsable d'une inflammation locale, elle-même déclenchant un dysfonctionnement des muscles pelviens, une sensibilisation locale puis centrale à la douleur avec pérennisation de cette dernière.

### Quelle est la fréquence de la vestibulodynie ?

La prévalence de la vulvodynie a été évaluée à un moment donné (prévalence instantanée) à 8 % au sein d'une popu-

**RESO**, en partenariat avec  
 Réalités thérapeutiques en Dermato-Vénérologie,  
 vous invite à voir ou revoir la retransmission  
 de la **7<sup>e</sup> édition** de

# Soirée d'automne

Diffusion **EN DIFFÉRÉ**



## Le programme

**Comité scientifique:** Dr Édouard Begon, Dr Inès Zarea, Dr François Maccari

- **Introduction**  
Dr Édouard Begon
- **Verneuil: les dix articles les plus importants à retenir en 2022**  
Dr Anne-Claire Fougousse
- **L'œil et la dermatologie: point sur les conjonctives atopiques et celles induites par le dupilumab**  
Dr Serge Doan
- **DA, prurigo nodulaire, pemphigoïde bulleuse et urticaire chronique spontanée: ce qui les relie sur la physiopathologie et les médicaments les ciblant**  
Dr Édouard Begon et Dr Parna Djalali Moghadam



<https://soireeautomne.realites-dermatologiques.com>

Cette diffusion est strictement réservée au corps médical. Inscription obligatoire.

## I Revues générales

lation de 2000 femmes [4], et entre 13 et 16 % au cours de la vie [5, 6], toutes les tranches d'âge étant concernées. Chez 1 183 patientes consultant pour une douleur vulvaire chronique, une étude transversale multicentrique a montré qu'il s'agissait d'une vestibulodynie dans 70 % des cas et d'une vulvodynie généralisée dans 27 % des cas [7].

Dans une étude canadienne concernant 1 425 femmes sexuellement actives, 20 % de celles âgées de 13 à 19 ans décrivaient une douleur lors des rapports sexuels depuis plus de 6 mois, l'orifice vaginal étant la zone la plus douloureuse [8]. Cette affection constitue aussi dans notre expérience le type de vulvodynie le plus fréquent, préférentiellement chez des femmes jeunes, mais pas exclusivement.

### Quand évoquer une vestibulodynie ?

La douleur à type de brûlure et la dyspareunie sont les symptômes les plus fréquents, conduisant la patiente à consulter.

>>> **La brûlure**, très fréquemment qualifiée de "vaginale" par les patientes alors qu'elle est vulvaire, est plus souvent provoquée que spontanée, déclenchée et aggravée par le frottement, en particulier lors des rapports sexuels. Elle peut conduire les patientes à ne plus porter de vêtement serré, à supprimer certains sports (vélo), à limiter la station assise prolongée, à ne plus insérer de tampon, à éviter l'examen gynécologique. D'autres qualificatifs peuvent être employés : picotements, tiraillements, pincements, coups d'aiguille ou de couteau, sensations de sécheresse, de déchirure, etc.

>>> **La dyspareunie** est habituellement une dyspareunie d'intromission dite "superficielle", déclenchée par la pénétration.

Dyspareunie et brûlures per- et post-coïtales conduisent à l'espace des

rapports sexuels, voire à leur impossibilité. Le retentissement psychologique ainsi que sur la qualité de vie sexuelle des patientes, toujours présent, peut alors être majeur.

>>> **Le prurit** n'est qu'exceptionnellement le véritable symptôme de la vestibulodynie. La présence d'un prurit doit avant tout faire chercher une cause organique qui peut être associée, telle qu'une vulvovaginite candidosique récidivante ou un lichen scléreux.

L'interrogatoire recherchera en outre :

>>> **D'éventuelles circonstances déclenchantes** ayant précédé l'apparition de la vestibulodynie telles que des candidoses ou des cystites à répétition [7], une chirurgie pelvienne, un accouchement, un événement traumatique, dont les abus sexuels ou les violences physiques ou encore un événement de la vie tel qu'un divorce, un licenciement.

>>> **Des antécédents particuliers** tels qu'une fibromyalgie, un syndrome de la vessie douloureuse (anciennement dénommée cystite interstitielle), un syndrome du côlon irritable, des migraines, une glossodynie, des douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire ou de l'articulation coxo-fémorale. En effet, 50 % des patientes vulvodyniques auraient au moins 2 symptômes médicalement inexplicables associés [9]. L'étude menée par Graziottin *et al.* [7] souligne l'importance des comorbidités digestives associées – non seulement syndrome du côlon irritable (28 %) mais aussi constipation (23,5 %) et dyschésie (12 %) – et gynécologiques de type dysménorrhée/endométriase (11 %).

### Comment confirmer le diagnostic de vestibulodynie ?

Le diagnostic de vestibulodynie est clinique, l'examen génital devant idéalement être effectué en période douloureuse. L'examen clinique aura pour

objectif d'affirmer qu'il n'existe pas de lésion vulvaire pertinente susceptible d'expliquer les symptômes ressentis, de confirmer le siège vestibulaire de la douleur et d'évaluer son intensité, et enfin d'éliminer une douleur d'origine neurologique [10].

#### 1. Affirmer qu'il n'existe pas de lésion vestibulaire pertinente expliquant la douleur

Cette étape essentielle du diagnostic nécessite de bien connaître les variations physiologiques et morphologiques du vestibule [11] :

>>> Ce confluent génito-urinaire a la forme d'un entonnoir, limité en avant par le frein du clitoris, en arrière par la fourchette et latéralement par les petites lèvres et plus précisément par la ligne virtuelle de Hart, jonction entre l'épithélium finement kératinisé de la face interne de chaque petite lèvre et non kératinisé du vestibule (**fig. 1**). On distingue le **vestibule antérieur** ou urinaire, qui comporte le méat urétral encadré par les orifices des glandes para-urétrales (ou glandes de Skene), et en arrière le **vestibule postérieur** ou vaginal, comportant l'orifice inférieur du vagin et, de part et d'autre, les orifices canaux excréteurs des glandes vestibulaires majeures (glandes de Bartholin) situés au sein du sillon vestibulaire.

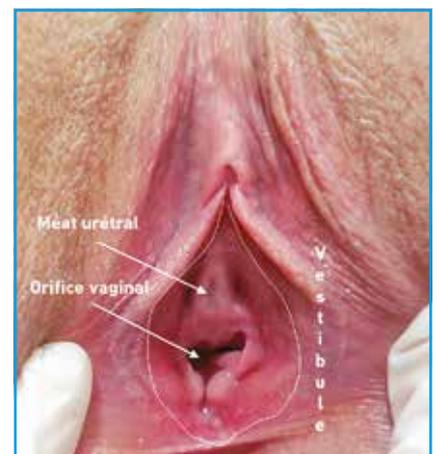


Fig. 1 : Le vestibule.



Fig. 2 à 4 : Érythème vestibulaire physiologique.

>>> Le vestibule est très fréquemment le siège d'un **érythème physiologique** (fig. 2-4) d'intensité variable qui se situe principalement aux pourtours des orifices excréteurs des glandes de Bartholin et de Skene. Son aspect maculeux, bilatéral et symétrique et ses contours flous le différencie d'un érythème pathologique qui peut être érosif (lichen plan), rouge-orangé (vulvite de Zoon), papuleux et/ou asymétrique (néoplasie vulvaire intraépithéliale HPV-induite ou lésion intraépithéliale squameuse de haut grade [HSIL]).

>>> La papillomatose vestibulaire ou les vestiges hyménaux (caroncule hyménale) (fig. 5) plus ou moins marqués/imposants ne devront pas être considérés comme pathologiques.



Fig. 5 : Vestiges hyménaux (caroncules hyménales).



>>> Chez une patiente ménopausée, l'aspect pâle ou au contraire pseudo-érythémateux par atrophie de la muqueuse vestibulaire ou encore un ectropion de la muqueuse urétrale (fig. 6) sont physiologiques.

Face à une anomalie, il est nécessaire d'analyser sa pertinence. Les lésions douloureuses sont érosives, ulcérées ou fissurées. Un lichen scléreux non fissuré ou des condylomes ne peuvent être incriminés.



Fig. 6 : Ectropion de muqueuse urétrale chez une patiente ménopausée.



La réalisation de l'examen vulvaire **en période douloureuse** permettra d'éliminer une pathologie douloureuse intermittente et récidivante, telle qu'une candidose récidivante ou un herpès génital. En cas de douleur très localisée, accompagnée d'un saignement post-coïtal, l'examen devra être réalisé 24 à 48 h après un rapport sexuel afin de ne pas méconnaître une fissure hyménale ou post-coïtale mécanique ou de la fourchette.

## 2. Confirmer le siège de la douleur et son caractère allodynique

Cette étape est basée sur le test au coton-tige. Il consiste à exercer une pression douce en débutant à la face interne des cuisses et en se rapprochant progressivement de la vulve dont toutes les zones anatomiques sont testées, le vestibule l'étant en dernier, en différents points. La sensibilité physiologique du vestibule est nettement accrue en cas de vestibulodynie, le déclenchement de la douleur par une pression normalement indolore entraînant parfois une contraction réflexe des muscles périnéaux. La douleur déclenchée pourra être quantifiée ("légère", "modérée", "sévère"), cotée de 0 à 10 ou à l'aide d'une échelle visuelle analogique. Le test au coton-tige permettra en outre de préciser s'il s'agit d'une vestibulodynie provoquée, forme la plus fréquente chez la femme jeune, spontanée ou mixte.

## I Revues générales

### 3. Éliminer une douleur d'origine neurologique

La localisation exclusivement vestibulaire de la douleur différencie la vestibulodynie de la névralgie pudendale. Dû à la compression du nerf pudendal dans le canal d'Alcock, le territoire douloureux, à prédominance unilatérale, s'étend alors de la vulve à l'anus.

Au terme de l'examen clinique, le diagnostic de vulvodynie à type de vestibulodynie peut être retenu. Il est alors fondamental de nommer la maladie, de rassurer la patiente quant à la "normalité" de l'examen vulvaire et de lui expliquer qu'une prise en charge de sa douleur est possible.

#### Des examens complémentaires sont-ils indiqués ?

Aucun examen complémentaire n'est nécessaire. Il est même souvent indispensable de savoir en arrêter la répétition ou la surenchère qui, outre leur inutilité et leur coût, ne font que majorer l'anxiété des patientes. La biopsie vulvaire est inutile en l'absence de signes histologiques spécifiques. Elle est de plus susceptible d'accentuer la douleur et, dans notre expérience personnelle, de renforcer l'errance diagnostique de certaines patientes [12].

Un prélèvement mycologique vulvaire et vaginal ou un prélèvement viral (PCR herpès) peuvent être utiles en cas de suspicion de vulvovaginite candidosique récidivante ou d'herpès génital.

#### Quelle prise en charge proposer ?

>>> **Les enjeux de la première consultation sont déterminants.** Ainsi, après un temps d'écoute et d'attention, l'un d'entre eux, le plus important, est de nommer la maladie "vestibulodynie" et en conséquence de reconnaître l'exis-

1. Nommer la maladie (vulvodynie) et expliquer que c'est actuellement le motif le plus fréquent de consultation dans les centres de pathologie vulvaire.
2. La vulvodynie n'est pas une maladie "imaginaire". La douleur est réelle.
3. La vulvodynie n'est pas une maladie sexuellement transmissible, ni un cancer, ni un état précancéreux.
4. "Ce n'est pas dans la tête". La vulvodynie ne reconnaît actuellement aucune étiologie organique mais l'on ne saurait affirmer pour autant que sa cause est "psychologique". La dimension psychologique de cet inconfort chronique doit néanmoins être prise en compte.
5. Comme pour toute douleur chronique il n'y a pas de "recette miracle" : une approche multifactorielle du problème est souhaitable (dermatologique, psychologique, physiothérapique, sexuelle). Cette approche sera d'abord corporelle, centrée sur la douleur physique et ses conséquences. L'orientation vers un psychothérapeute nécessite une maturation qui se fait souvent au fil des consultations.
6. La vulvodynie n'est pas une maladie incurable.

Tableau I: Les 6 messages de la première consultation d'après [10].

tence de la douleur malgré l'absence de cause spécifique identifiable. Expliquer qu'il s'agit d'une maladie connue et d'un motif fréquent de consultation en pathologie vulvaire permet de limiter l'anxiété liée à l'errance diagnostique. Cela permet aussi de limiter la demande et la pratique d'examens complémentaires inutiles, en précisant que la vestibulodynie n'est ni une IST, ni un cancer ou un état précancéreux. Le versant psychologique de la douleur chronique ne sera pas mis seul en avant ni bien sûr occulté et son retentissement sur la qualité de vie, sexuelle en particulier, sera abordé avec la patiente. Six messages à délivrer lors de cette première consultation ont été proposés (**tableau I**) [10].

>>> **Le traitement à proposer en première intention dans la vestibulodynie provoquée est la kinésithérapie périnéale.** Le rationnel de ce traitement repose sur une dysfonction fréquente des muscles du plancher pelvien associant une hypertonie, une perte de contrôle, de la force et des difficultés de relaxation de ces muscles [13]. L'objectif de la kinésithérapie est de restaurer ces fonctions et de rompre le cercle vicieux de la dyspareunie, la douleur entraînant une contraction musculaire réactionnelle qui elle-même accentue la douleur. Elle fait appel à des techniques variées (massages, étirements, pressions sur des

zones "gâchettes", sondes avec biofeedback) afin de faciliter la relaxation musculaire, d'en améliorer la vascularisation et d'en augmenter la mobilité. Elle doit être réalisée dans un climat de confiance, par un ou plus souvent une kinésithérapeute ou une sage-femme familiarisée avec les vulvodynies [14]. Une amélioration significative de la dyspareunie, de la douleur lors de l'examen gynécologique et des dysfonctions sexuelles est notée à court terme chez la majorité des patientes (71 à 76 % d'entre elles) après 6 à 10 séances de kinésithérapie.

Chez 24 patientes traitées par kinésithérapie périnéale pour une vestibulodynie provoquée interrogées 10 ans après, 42 % n'avaient plus de douleur et 83 %, sans aucun traitement complémentaire, rapportaient une très nette amélioration [13]. Ce traitement est donc habituellement prescrit en première intention chez la majorité des patientes [15].

La kinésithérapie périnéale est utilement associée :

– à l'application locale d'émollients, les huiles (huile d'amande douce, de bourrache, de coco...) étant particulièrement appréciées ; l'effet placebo des émollients contraste avec l'effet nocebo des topiques médicamenteux (antifongiques, dermocorticoïdes) qu'il est préférable d'éviter ;

– à l'application de lidocaïne seule (lidocaïne gel visqueux 2 %), à préférer à l'association lidocaïne/prilocaine responsable de brûlures. Cette application peut être proposée 10 minutes avant un rapport sexuel sur le vestibule afin de réduire la douleur liée à la pénétration. Il est important d'expliquer à la patiente que la sensibilité des zones érogènes (clitoris, vagin) ne sera pas affectée ;

– aux estrogènes topiques, en cas d'apparition de la vestibulodynie sous contraception orale combinée surtout si sont associées une sécheresse ou une atrophie muqueuse [15].

Les antalgiques *per os* et en particulier l'amitriptyline, traitement de première intention des vulvodynies généralisées spontanées, constituent dans notre expérience une option de seconde intention en cas de vestibulodynie provoquée.

L'intérêt des injections de toxine botulique, dont le rationnel repose sur l'hyperactivité des muscles pelviens superficiels, se précise. Ce type de traitement n'est indiqué qu'en cas d'échec de la kinésithérapie périnéale.

La vestibulectomie, que nous ne proposons pas, constitue un traitement de dernier recours, adapté seulement à une minorité de patientes selon les recommandations britanniques [12]. Son efficacité à 3 ans a été évaluée dans une étude comparant 16 patientes traitées chirurgicalement à 50 patientes traitées médicalement. Après une durée médiane de 36 mois, aucune différence n'était observée entre les deux groupes en termes de qualité de vie et de douleur. La vestibulectomie était suivie de complications dans près de 20 % des cas [16].

**>>> Dans tous les cas, le traitement spécifique des affections associées sera systématique car ce sont des facteurs potentiels d'aggravation ou d'entretien de la vestibulodynie :** traitement adapté d'une candidose, d'un herpès génital ou d'une infection urinaire après confirmation microbiologique, estrogénothérapie

topique en l'absence de contre-indication en cas d'atrophie vulvaire post-ménopausique, émoullissants et lubrifiants lors des rapports sexuels en cas de sécheresse muqueuse.

**>>> Dans tous les cas aussi, la souffrance psychique liée à la vestibulodynie et son impact négatif sur la qualité de vie sexuelle seront abordés avec la patiente.** Une prise en charge psychosexuelle sera à discuter au cas par cas, toujours envisagée en accord avec la patiente.

### ■ Conclusion

La prise en charge de la vestibulodynie est multidisciplinaire. Aux côtés des différents professionnels de santé impliqués (gynécologue, sage-femme, kinésithérapeute, psychologue, sexologue parfois...), le dermatologue, parfois sollicité après un long parcours de soins de la patiente et une véritable errance thérapeutique, y tient un rôle important, tant en ce qui concerne le diagnostic positif que l'élimination des diagnostics différentiels et la prise en charge de la

## POINTS FORTS

- La vestibulodynie est la forme la plus fréquente de vulvodynie localisée au cours de laquelle la douleur ne concerne que le vestibule.
- La brûlure et la dyspareunie superficielle d'intromission sont les symptômes les plus fréquents de la vestibulodynie.
- Le diagnostic de vestibulodynie est clinique ; il nécessite de connaître les variations morphologiques physiologiques du vestibule.
- Aucun examen complémentaire n'est habituellement nécessaire pour confirmer le diagnostic de vestibulodynie.
- Nommer la maladie et mettre fin à l'errance diagnostique et thérapeutique des patientes est la première étape de la prise en charge des patientes.
- Cette prise en charge de la vestibulodynie, multidisciplinaire, repose avant tout sur la kinésithérapie périnéale.

vestibulodynie, qu'il soit spécialisé en pathologie vulvaire ou pas.

### BIBLIOGRAPHIE

1. MOYAL-BARRACCO M, LYNCH PJ. 2003 ISSVD terminology and classification of vulvodinia: a historical perspective. *J Reprod Med*, 2004;49:772-777.
2. BORNSTEIN J, GOLDSTEIN AT, STOCKDALE CK *et al*. 2015 ISSVD, ISSWSH, and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodinia. *J Lower Gen Tract Dis*, 2016;20:126-130.
3. BERGERON S, REED BD, WESSELMANN U *et al*. Vulvodinia. *Nat Rev Dis Primers*, 2020;6:36.
4. REED BD, HARLOW SD, SEN A *et al*. Prevalence and demographic characteristics of vulvodinia in a population-based sample. *Am J Obstet Gynecol*, 2012;206:170.e1-9.
5. VIEIRA-BAPTISTA P, LIMA-SILVA J, CAVACO-GOMEZ J *et al*. Prevalence of vulvodinia and risk factors for the condition in Portugal. *Int J Gynecol Obstet*, 2014; 127:283-287.
6. GÓMEZ I, CORONADO PJ, MARTÍN CM *et al*. Study on the prevalence and factors associated to vulvodinia in Spain. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2019;240: 121-124.



## I Revues générales

# Les alopecies cicatricielles

## Quelles indications pour une microgreffe de cheveux ? Quels résultats en attendre ?

**RÉSUMÉ :** La microgreffe de cheveux est, dans la majorité des cas, réalisée dans l'indication de l'alopecie androgénétique (AAG). Dans le cadre des alopecies cicatricielles, l'indication est plus rare car la réussite de la bonne prise des greffons dépend de l'arrêt ou de la stabilité du processus inflammatoire péripilaire.

L'examen trichoscopique est devenu un outil diagnostique indispensable dans l'examen du cuir chevelu en vue d'une greffe de cheveux.

L'incidence du lichen plan pilaire est en forte augmentation. Cette alopecie peut simuler une AAG ou parfois lui être associée. La présence de signes de lichen plan pilaire lors d'une AAG en fait une contre-indication opératoire. Il a également été rapporté de nombreux cas d'aggravation de l'inflammation après une intervention de greffe de cheveux par phénomène de Koebner, menant à l'échec de la prise des greffons. La prudence ainsi qu'un bon examen clinique et trichophytique s'imposent avant tout acte chirurgical esthétique.

L'intervention de greffe de cheveux pourra cependant être réalisée devant une absence d'évolutivité de l'inflammation et de la destruction pilaire durant 1 à 2 ans.



**J. SMADJA**  
Cabinet de Dermatologie, PARIS.  
Centre Sabouraud, Hôpital Saint-Louis, PARIS.

Les alopecies cicatricielles primitives se composent de différents groupes d'alopecies dont la particularité est la destruction définitive des follicules pileux atteints, remplacés par une cicatrice. De nombreux traitements d'efficacité inconstante sont proposés dans le but de freiner ou de stopper l'évolution de la maladie. La microgreffe de cheveux peut être une solution de reconstruction de ces alopecies cicatricielles, cependant les indications opératoires devront rester prudentes et l'intervention de microgreffe ne sera proposée qu'après arrêt ou stabilisation prolongée du processus inflammatoire d'au moins 1 ou 2 années.

L'évolution de ces alopecies est faite d'une longue chronicité avec des

périodes de rémissions et d'aggravations spontanées.

L'examen trichoscopique est un élément clé du diagnostic des alopecies cicatricielles. Il permet de reconnaître les lésions souvent frustes dès leur apparition, de confirmer le diagnostic et de contrôler l'efficacité des thérapeutiques en évaluant le degré de l'inflammation pilaire [1]. La biopsie avec étude histologique en coupe horizontale et verticale permet le plus souvent d'affirmer le diagnostic et d'évaluer l'importance du phénomène inflammatoire péripilaire et de la destruction des follicules pileux.

Il est important de faire un diagnostic exact et précis sur l'ensemble du cuir chevelu avant de proposer une greffe de cheveux.

## Revue générale

### Les alopecies inflammatoires cicatricielles primitives

La prévalence des alopecies cicatricielles primitives est en nette progression depuis plusieurs années. Ces alopecies sont représentées majoritairement par le lichen plan pileux (LPP), l'alopecie frontale fibrosante (AFF) et l'alopecie centrale centrifuge du vertex (ACCCV) qui est la principale cause d'alopecie de la femme, notamment dans la population noire.

Les alopecies cicatricielles primitives sont subdivisées en trois groupes :

- lymphocytaires comprenant le lichen plan pileux, l'alopecie frontale fibrosante, le syndrome de Graham Little-Piccardi-Lassueur (qui est une variante rare de lichen plan pileux), l'alopecie centrale centrifuge, la pseudo-pelade de Brocq et le lupus discoïde ;
- neutrophiliques avec la folliculite décalvante de Quinquaud, la folliculite disséquante ;
- et un troisième groupe mixte associant des éléments lymphocytaires et neutrophiliques.

### Alopecies cicatricielles et greffe de cheveux

Les alopecies cicatricielles ne sont habituellement pas de bonnes indications à la greffe de cheveux. L'atteinte inflammatoire chronique et persistante de l'appareil folliculaire peut en effet détruire en plusieurs mois ou années l'ensemble des follicules pileux ainsi que les greffons implantés (**fig. 1 et 2**) [2, 3].

Par ailleurs, le risque d'aggravation et d'extension de la destruction pileux par phénomène de Koebner a déjà été rapporté (**fig. 3**) [4, 5].

Cependant, lorsque l'alopecie se stabilise d'elle-même ou sous l'effet des médicaments, une greffe de cheveux pourra être proposée aux patients sous certaines conditions rassemblant des



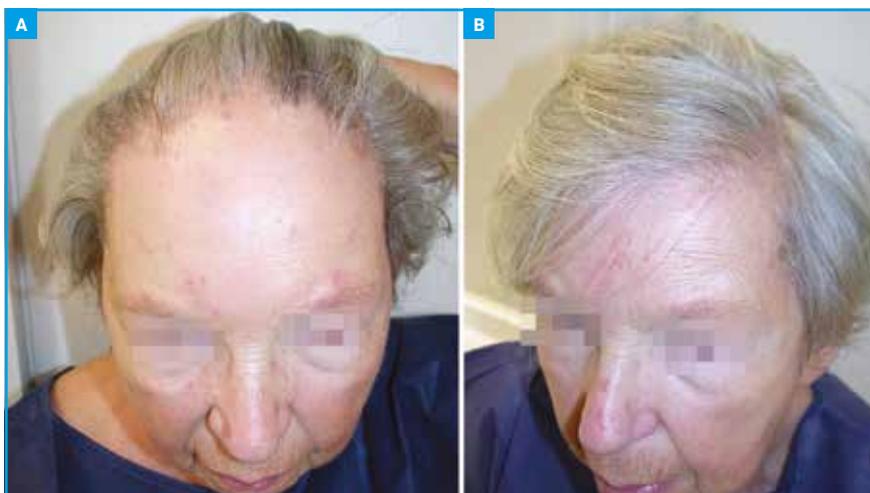
**Fig. 1. A :** Lichen plan pileux, résultat après une greffe de cheveux. **B :** Perte des greffons après 15 mois, même patiente.



**Fig. 2 :** Inflammation périfolliculaire atteignant tous les greffons.



**Fig. 3 :** Phénomène de Koebner sur la cicatrice de prélèvement des cheveux.



**Fig. 4. A :** Alopecie frontale fibrosante stable sans traitement, photo préopératoire. **B :** Résultat stable à 3 ans de la greffe de cheveux.

critères cliniques, trichoscopiques, d'efficacité et de tolérance des traitements (fig. 4).

### Notions à prendre en considération avant de proposer une greffe de cheveux

La prise en charge chirurgicale des alopecies cicatricielles est différente de celle de l'alopecie androgénique (AAG) ou d'autres alopecies non cicatricielles comme l'alopecie de traction ou la trichotillomanie. Dans l'AAG, les greffons prélevés en zone occipitale ont une durée de vie indéterminée. Leur cycle pileux n'est pas influencé par l'alopecie de la zone receveuse et reste identique à celui des cheveux de la zone donneuse une fois transplantés. Ce principe fondamental, qui a permis le développement de la greffe de cheveux depuis les années 1959 [6], n'est plus exact dans le cas des alopecies cicatricielles.

Après une greffe de cheveux pour une alopecie cicatricielle, certains patients montrent une stabilité relative des greffons jusqu'à 2 ans, puis l'inflammation péripilaire se développe et commence à détruire la majorité des greffons implantés en 4 ans [7]. La durée de vie des greffons dans ces alopecies est limitée pour une grande partie d'entre eux. La durée prolongée des traitements devra être acceptée et ceux-ci devront dans la plupart des cas être maintenus voire repris pendant de long mois après l'intervention afin de stabiliser le résultat. Une surveillance clinique et trichoscopique régulière sera établie tous les 3 à 6 mois afin de détecter la moindre reprise évolutive de l'inflammation. Un consentement dûment éclairé doit être signé par le patient avant l'intervention. On soulignera la particularité évolutive chronique de l'alopecie inflammatoire, les risques de poussées aléatoires, parfois aggravées par le traumatisme chirurgical de la greffe de cheveux.

### Quand pratiquer une greffe de cheveux ?

La décision de pratiquer une greffe de cheveux dans le cas d'une alopecie cicatricielle pourra être validée en fonction de plusieurs critères :

- Absence de symptôme clinique : ces alopecies peuvent parfois donner des symptômes décrits par les patients comme un prurit, des brûlures ou des douleurs du cuir chevelu. Ces symptômes ne sont pas constants et peuvent ne jamais se manifester, mais leur apparition ou leur exacerbation sont des signes manifestes de reprise de l'évolutivité de l'inflammation.
- Absence d'évolutivité clinique des surfaces atteintes ou de recul des zones chevelues par un suivi photographique régulier comparatif et par un test de traction.
- Examen trichoscopique photographique comparatif : la régression de l'inflammation péripilaire ainsi que la diminution des squames entourant les cheveux sont de bons signes de ralentissement de la phase inflammatoire.
- Examen histologique : absence, diminution ou faible importance de l'infiltrat lymphocytaire en histologie.
- Les données de la bibliographie soulignent l'importance de l'arrêt évolutif de l'alopecie pendant 1 à 2 ans, après arrêt des traitements ou tout au moins après stabilisation complète.
- L'ensemble de ces éléments devra être confirmé avant de poser l'indication d'une microgreffe de cheveux.

### Quelle technique est plus favorable ?

La technique chirurgicale devra s'adapter à la particularité des tissus de la zone receveuse assemblant des zones

atrophiques aux côtés de zones inflammatoires et de cheveux dystrophiques persistants.

Un test d'implantation de plusieurs dizaines de greffons pourra être proposé sur une zone atteinte du cuir chevelu. En cas de bonne prise et survie des greffons après 6 à 12 mois, la greffe de cheveux pourra être réalisée dans les meilleures conditions. Cependant, la durée d'évaluation de ce test pourrait ne pas être significative et, selon certaines études, sa lecture devrait dépasser 3 ans au minimum.

Certains éléments techniques de l'intervention chirurgicale prennent dans ces indications une plus grande importance : la quantité d'adrénaline utilisée lors de l'infiltration anesthésiante sera plus faible qu'habituellement afin de ne pas provoquer une vasoconstriction trop durable, dommageable à la prise des greffons sur un cuir chevelu cicatriciel et inflammatoire.

La taille des greffons devra être plus grande afin de maximiser les tissus et les cellules souches entourant les bulbes, leur donnant une plus grande résistance et une plus grande chance de repousse.

La densité d'implantation sera limitée et ne devra pas dépasser les 20 à 30 unités folliculaires/cm<sup>2</sup>, voire 10 à 20 unités folliculaires/cm<sup>2</sup> sur les cuirs chevelus les plus atrophiques au risque de perturbations trop importantes de la vascularisation tissulaire.

Le prélèvement des cheveux par bandelette, FUT (*follicular unit transplantation*) ou par extraction folliculaire (FUE : *follicular unit excision*) pourra être réalisé en respectant la bonne vitalité des greffons et en limitant au maximum les traumatismes.

La surveillance de la cicatrisation sera régulière et particulièrement attentive. Le suivi clinique et trichoscopique sera prolongé et régulier pendant plusieurs années afin de mettre en œuvre un trai-

## I Revues générales

tement adapté dès la moindre reprise du processus inflammatoire (fig. 5).

Parfois, la reprise inflammatoire après la transplantation de cheveux peut se faire sur un mode plus agressif et plus résistant aux thérapeutiques. Les traitements habituels, comme les dermocorticoïdes ou le minoxidil, seront rapidement prescrits afin d'éviter les rebonds inflammatoires ou l'absence de repousse (fig. 6).



Fig. 5 : Processus inflammatoire autour des greffons.



Fig. 6 : Absence ou retard de repousse après 8 mois. Habituellement, la repousse est constatée 3 à 4 mois après l'intervention.

### Rôle majeur de l'examen trichoscopique

L'examen préalable du cuir chevelu en trichoscopie est devenu essentiel en vue d'une greffe de cheveux. La nette augmentation de prévalence du lichen plan pileaire et de l'alopecie frontale fibrosante, leurs signes cliniques frustes dans les formes débutantes, l'association fréquente du lichen plan pileaire à une alopecie androgénétique (fig. 7) en font un examen incontournable dans l'appréciation du diagnostic avant de confirmer la bonne indication opératoire [8, 9].

La richesse des signes micro-sémiologiques décrits en trichoscopie permet d'établir un diagnostic bien plus précis que l'examen macroscopique clinique, diminuant dans certains cas le recours à une biopsie et histologie du scalp tout particulièrement pour le suivi de ces alopecies.

Les images trichoscopiques permettent une visualisation de la tige pileaire, de l'épiderme jusqu'au derme superficiel, de la vascularisation superficielle et des glandes sous-cutanées. Les nombreux signes décrits [10] permettent de comprendre la physiopathologie des atteintes pileaires à tous les stades de l'évolution de la pathologie et de suivre l'efficacité des traitements prescrits.

La trichoscopie peut être réalisée à l'aide d'un simple dermoscope ou à l'aide d'un



Fig. 7 : Alopecie androgénétique associée à un lichen plan pileaire confirmée par histologie.

logiciel de vidéodermoscopie permettant un enregistrement photographique à grossissement variable de 10 à 200 fois et plus. Afin d'éliminer la lumière réfléchie sur la surface de l'épiderme, il est conseillé d'utiliser des appareils sans immersion, avec filtre polarisant, avec ou sans contact. L'immersion ne permet pas de mettre en évidence les squames péripilaires. Des mesures de densité des cheveux, du taux de miniaturisation et des diamètres pileaires seront faites sur plusieurs zones.

Le lichen plan pileaire ainsi que l'alopecie frontale fibrosante ont des signes trichoscopiques caractéristiques. On peut voir des aires érythémateuses inflammatoires, des nappes de couleur lait fraise, des zones blanches cicatricielles ainsi que la présence de squames en cupule à la base du follicule pileux qui remontent parfois en tube le long de la tige pileaire, des aires cicatricielles blanches ternes (fig. 8). Les cheveux peuvent être dystrophiques et avoir des cassures.

L'index d'activité du lichen plan [11] permet de retenir un score de sévérité du lichen plan pileaire ou de l'alopecie frontale fibrosante à partir des différents critères comme les signes cliniques (prurit, brûlures, douleurs du cuir chevelu), les signes trichoscopiques (tels que l'érythème en nappe, l'érythème péripilaire, les squames péripilaires) ainsi que le pull test de cheveux anagènes et l'extension en surface des aires atteintes. À chaque critère sont attribués une valeur et un quotient, puis la somme



Fig. 8 : Aspect trichoscopique du lichen plan pileaire associé à l'AAG.

de toutes ces valeurs permet d'établir le score d'activité de la maladie.

Cet index permet de suivre avec une certaine partialité l'évolution de l'inflammation pilaire, avec ou sans traitement, ou de détecter les premiers signes de reprise d'activité.

L'examen trichoscopique est un apport incontestable dans la précision apportée au diagnostic des alopecies cicatricielles (*fig. 9 et 10*).



**Fig. 9 :** Alopecie centrale centrifuge étendue du vertex, forme sévère.



**Fig. 10 :** Image trichoscopique de l'alopecie centrale centrifuge du vertex, zone inflammatoire péripilaire et cicatrice étoilée.



**Fig. 11 :** Alopecie frontale fibrosante étendue, atteinte cicatricielle frontale temporale occipitale.

## POINTS FORTS

- La microgreffe de cheveux pourra être une solution de reconstruction des alopecies cicatricielles, elle ne sera proposée qu'après arrêt ou stabilisation prolongée du processus inflammatoire d'au moins 1 à 2 années.
- Les alopecies cicatricielles ne sont habituellement pas de bonnes indications à la greffe de cheveux. L'atteinte inflammatoire chronique et persistante de l'appareil folliculaire peut en effet détruire en plusieurs mois ou années l'ensemble des follicules pileux ainsi que les greffons implantés.
- L'examen préalable du cuir chevelu en trichoscopie est devenu essentiel en vue d'une greffe de cheveux. La nette augmentation de prévalence du lichen plan pilaire et de l'alopecie frontale fibrosante, leurs signes cliniques frustes dans les formes débutantes, l'association fréquente du lichen plan pilaire à une alopecie androgénétique en font un examen incontournable dans l'appréciation du diagnostic avant de confirmer la bonne indication opératoire.
- La durée prolongée des traitements devra être acceptée et ceux-ci devront dans la plupart des cas être maintenus voire repris durant de long mois après l'intervention afin de stabiliser le résultat.
- La microgreffe de cheveux pourra être une indication en l'absence de signes cliniques : prurit, brûlure et absence d'extension des aires atteintes, lorsque le test de traction est négatif, lorsque l'examen trichoscopique est témoin d'une stabilité ou d'une guérison de l'inflammation péripilaire, lorsque l'histologie confirmera la faible activité de l'infiltrat lymphocytaire.

Dans les cas plus avancés, la clinique parle d'elle-même (*fig. 11*).

### ■ Quels sont les traitements ?

Les alopecies cicatricielles sont des maladies auto-immunes chroniques. Le traitement n'a le plus souvent qu'un effet suspensif sur l'évolution de la maladie. Les cheveux disparus ne pourront pas repousser. Le but de la thérapeutique sera de bloquer l'inflammation de façon prolongée.

Les corticostéroïdes restent les principales indications en topique comme en systémique. Le méthotrexate, la cyclosporine et les rétinoïdes sont prescrits en

## Revue générale

cas d'extension et en cas de résistance aux corticoïdes ; ils sont relativement bien tolérés. D'autres traitements sont également prescrits comme le tacrolimus, le finastéride, le dutastéride, l'hydroxychloroquine, le métronidazole et la dapsons [12].

Le traitement doit le plus souvent être maintenu sur une période de plusieurs années pour stopper ou stabiliser l'infiltration lichénienne. Il associera le plus souvent un traitement topique ainsi qu'un traitement systémique [13].

### Quand suspecter l'apparition d'un lichen plan pileaire après une greffe de cheveux ?

De nombreuses complications ont été rapportées au décours d'une greffe de cheveux, cependant depuis quelques années l'accent est mis sur l'apparition de lichen plan pileaire.

Une trentaine de cas recensés montrent l'apparition de lichen plan pileaire ou d'alopecie fibrosante ainsi qu'un cas de folliculite de Quinquaud développée 20 ans après l'intervention [14] alors qu'aucun signe d'alopecie cicatricielle n'était présent auparavant (**fig. 12**) [15-18].

Nous constatons également un accroissement de cas d'association d'une AAG et d'un lichen plan pileaire. Dans la série de patients colligés dans 3 centres du cuir chevelu, 14 des 17 patients hommes qui étaient demandeurs d'une microgreffe de cheveux présentaient une AAG associée à un authentique lichen plan pileaire, confirmée par histologie. Cliniquement, il y avait des signes d'inflammation péri-pilaire associés à des zones de miniaturisation [19]. Les signes cliniques sont parfois trompeurs et peuvent faire évoquer l'association d'une simple dermite séborrhéique à une alopecie androgénétique. L'examen trichoscopique permet au moindre doute de demander une histologie de confirmation avant de réaliser la greffe de cheveux.



**Fig. 12.** A : Alopecie androgénique, image préopératoire. B : Résultat après greffe de cheveux, stable à 5 ans après l'intervention. C : 5 ans après la photo précédente, atteinte alopecique de toute la zone du vertex. D : Le vertex est totalement cicatriciel, seuls persistent quelques cheveux dystrophiques et inflammatoires.

Nous ne pouvons que constater l'importance de l'examen médical lors d'une demande de correction chirurgicale des alopecies, tout particulièrement dans l'alopecie androgénétique qui était jusque-là envisagée du point de vue purement esthétique et chirurgical de la greffe de cheveux. L'examen clinique et trichoscopique avant toute décision opératoire devient essentiel ainsi que pour le suivi prolongé de ces patients. Les compétences dermatologiques et trichoscopiques reprennent dans ces

indications, comme dans le suivi des patients, toute leur place.

### Que peut-on en attendre ?

Dans certaines alopecies cicatricielles, la tenue des greffons sera tout à fait stable sur une longue période, pour d'autres patients ce résultat ne sera pas satisfaisant. Il peut s'agir d'un retard ou d'une absence de repousse comme de la reprise destructrice du processus inflammatoire.

L'objectif d'une greffe de cheveux dans le cas des alopecies cicatricielles n'est pas le même que dans l'AAG et le patient qui accepte cette intervention a parfaitement conscience que la durée du résultat peut être de quelques années dans le meilleur des cas. Il faudra également prendre en compte la demande des patients qui accepteraient une deuxième intervention après 4 à 5 ans de confort esthétique et d'acceptation de l'image de soi.

## ■ Conclusion

L'accroissement des cas de lichen planilaire et d'alopecie frontale fibrosante dans la population est très significatif et nécessite, lors d'une demande de greffe de cheveux, un examen clinique et trichoscopique approfondi du cuir chevelu.

Les meilleures connaissances de ces alopecies cicatricielles grâce à l'avènement de la trichoscopie doivent permettre de poser l'indication opératoire de la greffe de cheveux de façon plus pertinente. La stabilité évolutive de l'alopecie doit être clinique, symptomatologique et trichoscopique, sans traitement ou avec un traitement maintenant une efficacité pendant 1 à 2 ans.

Le lichen planilaire et l'alopecie frontale fibrosante ainsi que l'alopecie centrale centrifuge sont d'apparition lente et peu symptomatique. Ces pathologies inflammatoires lymphocytaires peuvent s'associer à l'alopecie androgénique, conduisant à plus d'errance médicale et thérapeutique ainsi qu'à un retard de prise en charge thérapeutique dommageable. Toute alopecie ou signe clinique du cuir chevelu doivent être pris comme un appel à un examen plus détaillé du cuir chevelu ainsi qu'à une exploration trichoscopique du cuir chevelu. Le traitement devra être débuté au plus tôt, dès l'apparition ou la récurrence des signes d'inflammation.

La dermatologie et la trichoscopie reprennent ici tous leurs droits alors que

la greffe de cheveux était jusqu'à présent cantonnée au seul domaine de la dermatologie chirurgicale et esthétique.

Lorsque la stabilité de ces alopecies cicatricielles sera confirmée dans le temps, la greffe de cheveux pourra être réalisée et apportera parfois le résultat esthétique espéré. Cependant, il n'est pas rare de voir une reprise de l'inflammation dans les années qui suivent l'intervention. La surveillance clinique et trichoscopique de ces patients sur plusieurs années sera la règle afin d'assurer une certaine pérennité du résultat.

## BIBLIOGRAPHIE

1. RAJAN A, RUDNICKA L, SZEPIETOWSKI JC *et al.* Differentiation of frontal fibrosing alopecia and Lichen planopilaris on trichoscopy: A comprehensive review. *J Cosmet Dermatol*, 2022;21:2324-2330.
2. EKELEM C, PHAM C, MESINKOVSKA NA. A Systematic Review of the Outcome of Hair Transplantation in Primary Scarring Alopecia. *Skin Appendage Disord*, 2019;5:65-71.
3. NUSBAUM BP, NUSBAUM AG. Frontal fibrosing alopecia in a man: results of follicular unit test grafting. *Dermatol Surg*, 2010;36:959-962.
4. TAGUTI P, DUTRA H, TRÜEB RM. Lichen Planopilaris Caused by Wig Attachment: A Case of Koebner Phenomenon in Frontal Fibrosing Alopecia. *Int J Trichology*, 2018;10:172-174.
5. MONTPELLIER RA, DONOVAN JC. Scalp trauma: a risk factor for lichen planopilaris? *J Cutan Med Surg*, 2014;18:214-216.
6. ORENTREICH N. Autografts in alopecias and other selected dermatological conditions. *Ann N Y Acad Sci*, 1959;83:463-479.
7. JIMÉNEZ F, POBLET E. Is hair transplantation indicated in frontal fibrosing alopecia? The results of test grafting in three patients. *Dermatol Surg*, 2013;39:1115-1118.
8. ZINKERNAGEL MS, TRÜEB RM. Fibrosing alopecia in a pattern distribution: patterned lichen planopilaris or androgenetic alopecia with a lichenoid tissue reaction pattern? *Arch Dermatol*, 2000;136:205-211.
9. GRIGGS J, TRÜEB RM, GAVAZZONI DIAS MFR *et al.* Fibrosing alopecia in a pattern distribution. *J Am Acad Dermatol*, 2021;85:1557-1564.
10. Atlas of Trichoscopy, Dermoscopy in hair disease. Lidia Rudnicka, Malgorzata Olszewska, Adrian Rakowska Editor. Springer-Verlag London 2012.
11. CHIANG C, SAH D, CHO BK *et al.* Hydroxychloroquine and lichen planopilaris: efficacy and introduction of Lichen Planopilaris Activity Index scoring system. *J Am Acad Dermatol*, 2010;62:387-392.
12. ASSOULY P, REYGAGNE P. Lichen planopilaris: update on diagnosis and treatment. *Semin Cutan Med Surg*, 2009;28:3-10.
13. MARDONES F, SHAPIRO J. Lichen planopilaris in a Latin American (Chilean) population: demographics, clinical profile and treatment experience. *Clin Exp Dermatol*, 2017;42:755-759.
14. OTBERG N, WU WY, KANG H *et al.* Folliculitis decalvans developing 20 years after hair restoration surgery in punch grafts: case report. *Dermatol Surg*, 2009;35:1852-1856.
15. KOSSARD S, SHELL RC. Frontal fibrosing alopecia developing after hair transplantation for androgenetic alopecia. *Int J Dermatol*, 2005;44:321-323.
16. DONOVAN J. Lichen planopilaris after hair transplantation: report of 17 cases. *Dermatol Surg*, 2012;38:1998-2004.
17. CRISÓSTOMO MR, CRISÓSTOMO MC, CRISÓSTOMO MG *et al.* Hair loss due to lichen planopilaris after hair transplantation: a report of two cases and a literature review. *An Bras Dermatol*, 2011;86:359-362.
18. CHIANG YZ, TOSTI A, CHAUDHRY IH *et al.* Lichen planopilaris following hair transplantation and face-lift surgery. *Br J Dermatol*, 2012;166:666-1370.
19. BAQUERIZO NOLE KL, NUSBAUM B, PINTO GM *et al.* Lichen Planopilaris in the Androgenetic Alopecia Area: A Pitfall for Hair Transplantation. *Skin Appendage Disord*, 2015;1:49-53.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

## I Revues générales

# SOPK et acné

**RÉSUMÉ :** Le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) possède une prévalence élevée dans la population générale (5 à 10 % des femmes en âge de procréer). Les impacts multiples de cette pathologie, incluant troubles du cycle et infertilité, hyperandrogénie et conséquences psychologiques, troubles métaboliques et risque cardiovasculaire, font de sa prise en charge un enjeu de santé publique.

L'hyperandrogénie, à la base de la physiologie de ce syndrome, fait partie des critères diagnostiques du SOPK. Parmi les signes cliniques témoignant de cette production excessive d'androgènes ovariens se trouve l'acné. Sa prise en charge, dont les modalités ont évolué de façon importante au cours des 10 dernières années, doit être multidisciplinaire, incluant un versant dermatologique, endocrinien mais également gynécologique, notamment en cas de besoin contraceptif.



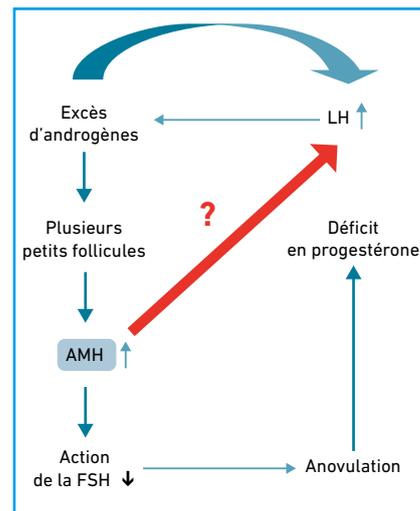
**D. BALÈS, N. CHABBERT-BUFFET**  
Service de Gynécologie-obstétrique  
et Médecine de la reproduction,  
Hôpital Tenon, PARIS.

### ■ Rappels sur le SOPK

Le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK), première cause de dysovulation et d'hyperandrogénie chez la femme en âge de procréer, touche 5 à 10 % des femmes en fonction du bassin de population étudié [1].

La physiopathologie de ce syndrome est complexe, multifactorielle et reste à ce jour partiellement comprise. Une des premières hypothèses serait la dérégulation intrinsèque des cellules de la thèque sous l'influence de facteurs hormonaux comme la LH et l'insuline, à l'origine d'une hyperandrogénie primitivement ovarienne. La seconde hypothèse serait le dysfonctionnement des cellules de la granulosa, entraînant un certain niveau de résistance à la FSH avec pour conséquences des troubles de la folliculogénèse (croissance folliculaire excessive et "follicular arrest") (fig. 1) [2-3].

Le SOPK est défini par le consensus de Rotterdam (2003). Pour poser le diagnostic, il est nécessaire de présenter au moins 2 des 3 critères suivants : oligo-anovulation (cycles longs > 35-45 jours, spanioménorrhée ou aménorrhée), signes



**Fig. 1 :** Physiopathologie du SOPK. D'après Homburg & Crawford (*Human Reprod*, 2014).

d'hyperandrogénie clinique (hirsutisme, acné et/ou alopecie androgénique) et/ou biologique (testostérone totale et/ou libre augmentée), ovaires polykystiques échographiques (≥ 20 follicules antraux/ovaires et/ou au moins un des deux ovaires ayant un volume ≥ 10 mL) [1-4]. Cette définition est toujours évolutive, notamment du fait de l'amélioration des échographes, avec une discussion sur la valeur seuil des follicules.

Avant de poser le diagnostic de SOPK, il est nécessaire d'éliminer systématiquement certaines pathologies dont les manifestations cliniques comme l'irrégularité des cycles et l'hyperandrogénie peuvent être communes à celles retrouvées dans le SOPK. Parmi elles se trouvent l'hyperprolactinémie et l'hyperplasie congénitale des surrénales dans sa forme partielle. D'autres pathologies sont également à considérer selon les points d'appels cliniques (syndrome de Cushing, tumeurs surrénaliennes ou ovariennes sécrétant des androgènes) [1-4].

L'infertilité (dont la prévalence augmente dans la population SOPK du fait de l'oligo-anovulation) et les traitements qui en découlent représentent un des enjeux majeurs de la prise en charge du SOPK.

Outre l'infertilité, il est primordial de dépister et traiter les complications métaboliques du SOPK telles que le surpoids ou l'obésité, l'intolérance au glucose ou le diabète de type 2, les dyslipidémies, l'hypertension artérielle, l'insulinorésistance [1-4].

Le bilan initial du SOPK doit être exhaustif. Il comprend en outre :

- un interrogatoire détaillé ;
- un examen clinique avec mesure de la tension artérielle, du poids et du tour de taille, évaluation de l'acné et de la pilosité, recherche d'éléments en faveur d'un syndrome de Cushing (bosse de bison, vergetures pourpres, amyotrophie des membres) ou d'une insulinorésistance (*Acanthosis nigricans*) ;
- un bilan hormonal en début de cycle avec dosage de FSH, LH, estradiol, prolactine, TSH, androgènes ovariens et surrénaliens ;
- un bilan glucido-lipidique ;
- une échographie pelvienne en début de cycle (avec comptes des follicules antraux ± mesure du volume ovarien) [1-4].

### ■ Acné androgénique

Les androgènes sont des hormones stéroïdes produites chez la femme par les ovaires (jusqu'à la ménopause seulement) et par les surrénales. Leur synthèse dérive d'une cascade enzymatique com-

plexe à partir d'un précurseur commun : le cholestérol (**fig. 2**).

Une fois synthétisés, les androgènes vont majoritairement se lier à des molécules porteuses comme l'albumine et la SHBG (pour *Sex Hormone Binding Globulin*). Les formes libres, seules formes actives, vont passer par voie systémique et rejoindre leurs tissus cibles (peau, muscle).

Le tissu cible, et particulièrement le follicule pilosébacé, est un véritable organe endocrine puisqu'il transforme localement les androgènes venant de la circulation. En effet, les différents stéroïdes (DHEA et son sulfate SDHEA, delta 4 androsténone [Δ4A]) sont transformés en testostérone (T) qui subit elle-même l'action de la 5-α réductase (5α-R), conduisant à la dihydrotestostérone (DHT). La DHT se fixe sur un récepteur cytosolique spécifique (R) et le complexe R-DHT pénètre dans le noyau de la cellule, entraînant une réaction en chaîne. Les ARNm et protéines synthétisés à la fin du processus seront les effecteurs des androgènes (**fig. 3**).

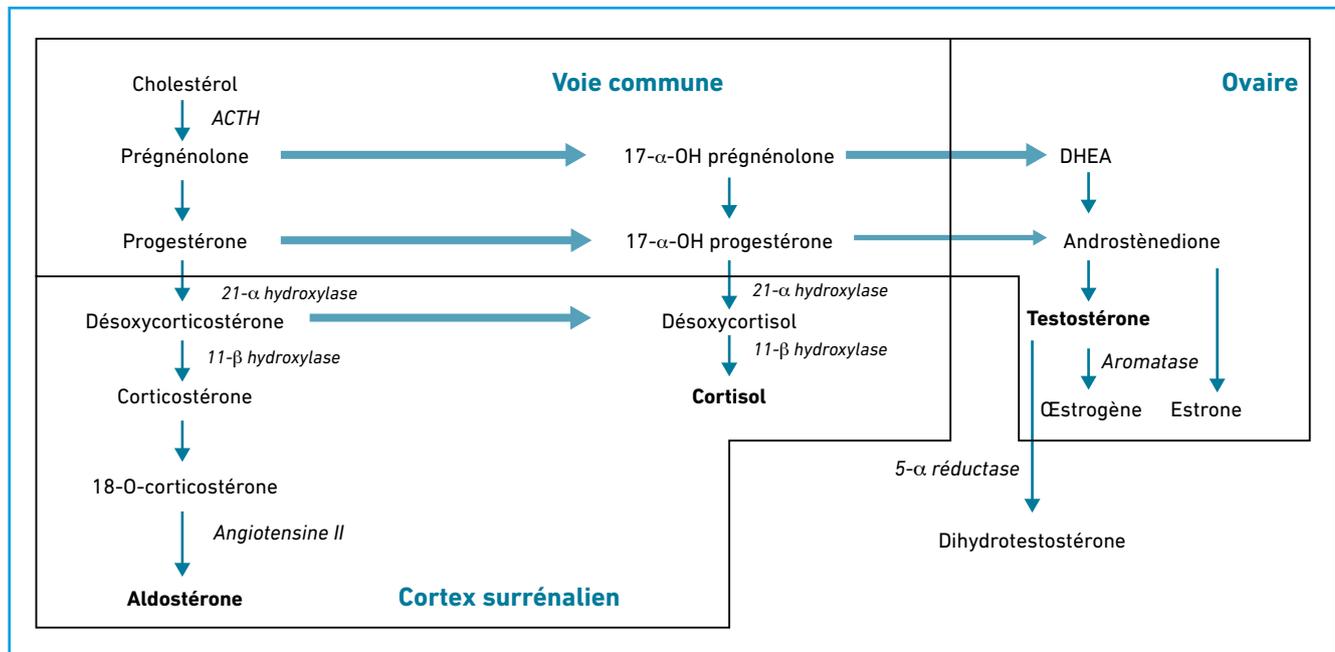
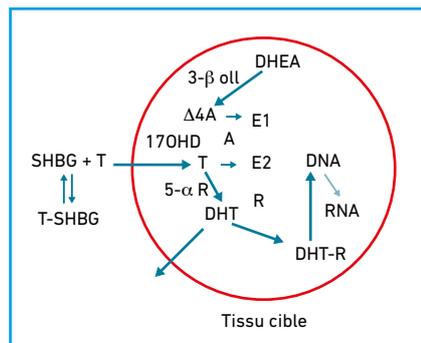


Fig. 2 : Stéroïdogénèse surrénalienne et ovarienne. Adapté du *Williams Text book of Endocrinology*, 11<sup>e</sup> édition.

## Revue générale



**Fig. 3 :** Métabolisme des androgènes au niveau des tissus cibles périphériques. D'après P. Vexiaun (Lettre du gynécologue, 2004).

L'acné est une dermatose multifactorielle très fréquente chez la femme en âge de procréer, qui se manifeste essentiellement au moment de la puberté mais qui peut apparaître plus tardivement ou persister avec l'âge. Parmi les facteurs influençant sa survenue se trouvent les facteurs hormonaux et plus spécialement les androgènes. En cas de production excessive d'androgènes, l'acné peut être amenée à s'aggraver et se chroniciser (même s'il n'existe pas de parallélisme strict entre le taux d'androgènes et la sévérité de l'acné) [5-6].

Dans le cadre du SOPK, l'acné entre dans les critères d'hyperandrogénie clinique seulement si elle touche au moins 2 territoires avec une topographie plutôt masculine (bas du visage et dos généralement), qu'elle est inflammatoire et/ou nodulaire, sévère et/ou persistante [5-6].

L'acné est révélatrice d'un SOPK dans 45 à 84 % des cas, ce qui implique de rechercher systématiquement ce syndrome en cas de consultation pour ce motif. Parallèlement, la prévalence de l'acné chez les femmes atteintes de SOPK avoisine 30 % [5-6].

### Prise en charge de l'acné androgénique

Les recommandations concernant la prise en charge de l'acné sont émises par les Sociétés de dermatologie (fran-

çaise, américaine). L'arsenal thérapeutique est vaste, comprenant une escalade progressive entre les mesures hygiéno-diététiques, les traitements locaux (rétinoïdes, peroxyde de benzoyle) et les traitements par voie orale (cyclines, isotrétinoïne).

En parallèle, il existe une palette de traitements hormonaux pouvant avoir leur place dans le contrôle de l'acné, notamment dans le contexte d'hyperandrogénie [7-8].

#### 1. Contraceptions œstroprogestatives

La contraception œstroprogestative (COP) va avoir un impact sur l'hyperandrogénie *via* différents leviers d'action.

Tout d'abord, les œstrogènes synthétiques (éthinyloestradiol ou valérate d'estradiol) vont permettre, lors de leur passage hépatique, une augmentation de la synthèse de SHBG et donc une diminution des androgènes libres.

Les progestatifs, quant à eux, peuvent avoir un effet agoniste ou antagoniste sur le récepteur des androgènes selon leur type. Les progestatifs dits de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> génération sont les plus antiandrogéniques (**fig. 4**).

Enfin, l'association œstrogènes + progestatifs possède un effet antigonadotrope

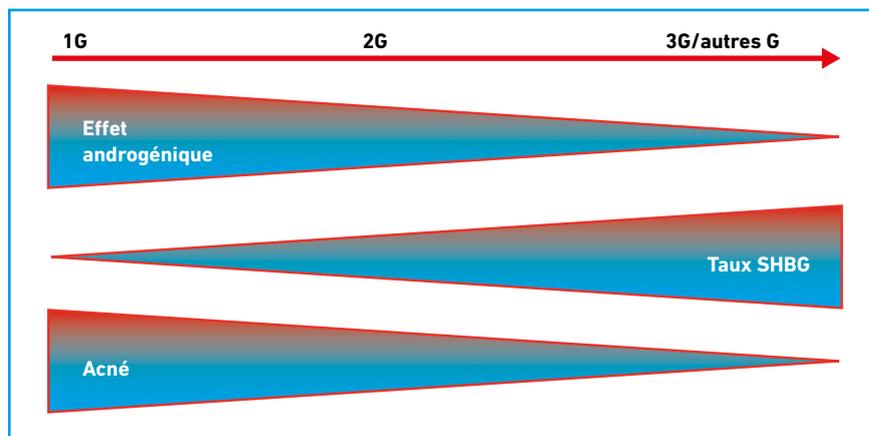
qui permet la diminution de la synthèse des androgènes ovariens (*via* le rétrocontrôle négatif sur l'axe hypothalamo-hypophysaire) [9-10].

En pratique, il n'est pas recommandé de prescrire un œstroprogestatif dans l'objectif de traiter l'acné en l'absence de besoin contraceptif. Dans le cas contraire, on privilégiera en 1<sup>re</sup> intention une COP contenant comme progestatif le lévonorgestrel (2<sup>e</sup> génération) et en 2<sup>e</sup> intention une COP contenant comme progestatif le norgestimate (assimilé 2<sup>e</sup> génération) du fait du moindre risque d'accident thromboembolique veineux.

La dose d'éthinyloestradiol (EE) n'a quant à elle pas d'impact sur le contrôle de l'acné (pas de supériorité d'une COP à base de 30 mg d'EE par rapport à une COP à base de 20 mg d'EE) [7-8].

Si l'acné persiste sous contraception et malgré un traitement dermatologique bien conduit en parallèle, d'autres COP peuvent être envisagées, en concertation avec le gynécologue, le dermatologue et la patiente. Parmi elles, l'association éthinyloestradiol 30 mg + diénogest 2 mg peut être proposée.

Enfin, l'association éthinyloestradiol 35 mg + acétate de cyprotérone 2 mg peut également s'envisager en tenant compte des recommandations de



**Fig. 4 :** Effets androgéniques/antiandrogéniques des progestatifs.

## POINTS FORTS

- Le SOPK est une pathologie fréquente chez la femme en âge de procréer dont la physiopathologie n'est pas encore clairement élucidée. Il convient de savoir le dépister et de le prendre en charge dans sa globalité (notamment sur le plan des complications métaboliques).
- L'acné androgénique, qui fait partie des critères diagnostiques du SOPK, a une topographie et un aspect spécifiques : elle touche au moins 2 régions (bas du visage et dos généralement), est inflammatoire et/ou nodulaire, sévère et/ou persistante. L'acné est révélatrice d'un SOPK dans 45 à 84 % des cas selon les études et est présente dans le tableau clinique du SOPK chez 30 % des patientes.
- Du fait de leur impact négatif sur la synthèse/le transport ou l'action des androgènes, certains traitements hormonaux sont intéressants dans la prise en charge de l'acné androgénique. Ils sont utilisés le plus souvent en complément des traitements dermatologiques.
- Parmi les options thérapeutiques, la COP est une arme de choix surtout s'il existe un besoin contraceptif. Il convient d'utiliser en 1<sup>re</sup> intention une COP contenant un progestatif dit de 2<sup>e</sup> génération pour limiter le risque thromboembolique.
- D'autres traitements hormonaux peuvent se discuter en 2<sup>e</sup> intention ou en cas d'impasse thérapeutique.

l'ANSM concernant notamment le risque thromboembolique et celui de méningiome. Cette association, dont la place ne fait pas l'objet d'un consensus, est à proscrire en cas de traitement par isotrétinoïne orale [7-8].

### 2. Pilules progestatives seules

Les pilules progestatives seules (POP) ne sont pas recommandées car elles augmentent le risque de survenue ou d'aggravation d'une acné.

### 3. Acétate de cyprotérone

L'acétate de cyprotérone à la dose de 50 mg est un progestatif puissant ayant une action antiandrogénique et antigonadotrope. Du fait du risque de méningiome induit et des alternatives thérapeutiques disponibles, l'ANSM a proscribed depuis 2019 sa prescription dans le contexte d'acné, même sévère.

### 4. Spironolactone

La spironolactone est une molécule largement utilisée comme diurétique antihypertenseur du fait de ses propriétés antialdostérone. Mais elle possède également des effets antiandrogéniques multiples qui font d'elle un traitement intéressant dans un contexte d'hyperandrogénie. En effet, elle permet principalement l'inhibition de la liaison de la testostérone et de la dihydrotestostérone aux récepteurs aux androgènes. Elle entraîne aussi une élévation de la SHBG, une élévation de la clairance de la testostérone et une inhibition de l'activité de la 5- $\alpha$  réductase [11].

Bien que la littérature actuelle soutienne l'utilisation de la spironolactone dans le traitement de l'acné, il n'existe aucune preuve de haute qualité de son efficacité et la pratique clinique repose principalement sur l'opinion d'experts.

Deux essais cliniques randomisés en double aveugle comparant la spironolactone à d'autres tétracyclines et à un placebo (essais cliniques respectivement FASCE et SAFA [*Spironolactone for Adult Female Acne*]) sont en cours [12].

En pratique, ce traitement peut être proposé dans un contexte d'acné androgénique en cas d'absence d'indication, de contre-indication, d'effets indésirables ou d'efficacité insuffisante de la COP (avec échec des traitements dermatologiques bien conduits en parallèle). Il peut être utilisé seul (sous couvert d'une contraception efficace) ou en association à la COP. Il est prescrit à la plus faible dose efficace (50 à 100 mg/j avec augmentation par palier) et hors AMM en France [11-12].

### 5. Metformine

Une méta-analyse de 2016 comparant l'efficacité de la metformine *versus* la COP sur les signes d'hyperandrogénie clinique (acné/hirsutisme) chez l'adolescente n'avait pas retrouvé de différence significative entre les deux traitements [13].

Une autre étude menée en 2020 chez la femme adulte ne permettait pas de conclure à une supériorité de la metformine *versus* COP sur la régression de l'hirsutisme, mais suggérait un impact positif de la combinaison des deux traitements (metformine + COP) *versus* COP seule ou metformine seule [14].

Au final, à l'heure actuelle, ce traitement ne fait pas partie des *guidelines* du traitement de l'acné chez la femme SOPK bien que le nombre d'études bien menées (notamment avec une stratification sur le poids) soit insuffisant pour écarter son efficacité.

### 6. Autres options thérapeutiques

Certains essais ayant étudié l'effet des inhibiteurs de la 5- $\alpha$  réductase (finastéride) ou des antagonistes non stéroïdiens des récepteurs aux androgènes (fluta-

## I Revues générales

mide) suggéraient une efficacité limitée de ces traitements dans la réduction des signes d'hyperandrogénie clinique *versus* la COP [15-16]. Du fait de leur efficacité limitée, de la mauvaise tolérance clinique pour le premier [17] et d'une hépatotoxicité pour le second [18], ces traitements ne sont pas utilisés en pratique courante.

### BIBLIOGRAPHIE

1. AZZIZ R, CARMINA E, CHEN Z *et al.* Polycystic ovary syndrome. *Nat Rev Dis Primers*, 2016;2:16057.
2. HOMBURG R. Androgen circle of polycystic ovary syndrome. *Human Reproduction*, 2009;24:1548-1555.
3. ROSENFELD RL, EHRMANN DA. The Pathogenesis of Polycystic Ovary Syndrome (PCOS): The Hypothesis of PCOS as Functional Ovarian Hyperandrogenism Revisited. *Endocr Rev*, 2016;37:467-520.
4. TEEDE HJ, MISSO ML, COSTELLO MF *et al.* Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril*, 2018;110:364-379.
5. CHUAN SS, CHANG RJ. Polycystic ovary syndrome and acne. *Skin Therapy Lett*, 2010;15:1-4.
6. FRANK G, BIZÓN A, WŁOCH S *et al.* Hormonal and metabolic aspects of acne vulgaris in women with polycystic ovary syndrome. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 2018;22:4411-4418.
7. HAUKE L. Acne Vulgaris: Treatment Guidelines from the AAD. *Am Fam Physician*, 2017;95:740-741.
8. LE CLEACH L, LEBRUN-VIGNES B, BACHELOT A *et al.* Guidelines for the management of acne: recommendations from a French multidisciplinary group. *Br J Dermatol*, 2017;177:908-913.
9. MAITRA N, KULIER R, BLOEMENKAMP KWM *et al.* Progestogens in combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*, 2004;(3):CD004861.
10. SCHINDLER AE. Antiandrogenic progestins for treatment of signs of androgenisation and hormonal contraception. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2004; 112:136-141.
11. VARGAS-MORA P, MORGADO-CARRASCO D. Spironolactone in Dermatology: Uses in Acne, Hidradenitis Suppurativa, Female Pattern Baldness, and Hirsutism. *Actas Dermosifiliogr*, 2020; 111:639-649.
12. HAN JJ, FALETSKY A, BARBIERI JS *et al.* New Acne Therapies and Updates on Use of Spironolactone and Isotretinoin: A Narrative Review. *Dermatol Ther*, 2021;11:79-91.
13. AL KHALIFAH RA, FLOREZ ID, DENNIS B *et al.* Metformin or Oral Contraceptives for Adolescents With Polycystic Ovarian Syndrome: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 2016;137:e20154089.
14. FRAISON E, KOSTOVA E, MORAN LJ *et al.* Metformin *versus* the combined oral contraceptive pill for hirsutism, acne, and menstrual pattern in polycystic ovary syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*, 2020;8:CD005552.
15. CARMINA E, LOBO RA. A comparison of the relative efficacy of antiandrogens for the treatment of acne in hyperandrogenic women: Antiandrogens in acne. *Clin Endocrinol*, 2002;57:231-234.
16. ADALATKHAH H, POURFARZI F, SADEGHI-BAZARGANI H. Flutamide *versus* a cyproterone acetate-ethinyl estradiol combination in moderate acne: a pilot randomized clinical trial. *Clin Cosmet Investig Dermatol*, 2011;4:117-121.
17. HIRSHBURG JM, KELSEY PA, THERRIEN CA *et al.* Adverse Effects and Safety of 5-alpha Reductase Inhibitors (Finasteride, Dutasteride): A Systematic Review. *J Clin Aesthet Dermatol*, 2016; 9:56-62.
18. GIORGETTI R, DI MUZIO M, GIORGETTI A *et al.* Flutamide-induced hepatotoxicity: ethical and scientific issues. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 2017;21 1 Suppl):69-77.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

## Revue générale

# Intérêt de l'hypnose en dermatologie

**RÉSUMÉ :** L'hypnose est “un état de veille paradoxale”, où l'on constate une immobilité du corps qui reste indifférent aux stimuli extérieurs mais qui contraste avec une activité cérébrale intense où le sujet est plus accessible à la suggestibilité.

Cet outil s'est progressivement implanté dans les hôpitaux grâce aux travaux neurophysiologiques et anesthésiologiques.

En dermatologie, l'hypnose peut permettre de diminuer une douleur induite par nos actes, une douleur aiguë ou chronique mais aussi avoir une action sur le prurit, l'anxiété et le score d'activité de pathologies dermatologiques chroniques.

L'hypnose permet un changement de la relation médecin-patient car elle mobilise les ressources du patient.



**H. MAILLARD**  
Service de Dermatologie,  
CHG, LE MANS.

Il faut écarter toute représentation “d'hypnose spectacle” pour comprendre comment cet outil peut faire partie intégrante de l'exercice médical. L'hypnose bénéficie aujourd'hui d'un crédit scientifique qui lui permet de s'implanter dans les milieux hospitaliers. Plus qu'un outil ou une technique, l'hypnose modifie notre posture afin de permettre au patient de reprendre contact avec son corps et de retrouver son propre savoir, qui lui est inné... Elle agit sur la douleur et peut même la supprimer; elle peut apaiser également tout symptôme comme l'anxiété, le prurit, sans la nécessité de le comprendre ou de l'interpréter.

“Redonner les manettes au patient”, tout en s'intégrant dans une démarche médicale, c'est ce que nous recherchons à travers l'hypnose, et il nous paraît intéressant de témoigner de notre expérience de l'hypnose en dermatologie.

### Les différents types d'hypnose : définitions

L'hypnose est selon François Roustang “un état de veille paradoxale”, où l'on

constate une immobilité du corps qui reste indifférent aux stimuli extérieurs mais qui contraste avec une activité cérébrale intense où le sujet est plus accessible à la suggestibilité [1].

#### 1. L'hypnose formelle

Une séance d'hypnose formelle est un processus qui se déroule en plusieurs étapes durant lesquelles va s'organiser une certaine centration de l'attention du patient afin qu'il puisse, dans un second temps, élargir son champ de conscience et explorer d'autres manières de faire et percevoir de nouvelles capacités, faire un pas de côté [2-4]. Les différentes étapes sont :

– l'induction : il est demandé au patient de fixer son attention sur une ou plusieurs perceptions, successivement (visuelles, auditives, kinesthésiques, olfactives, gustatives), une douleur, un souvenir, une image, un mouvement, un son, etc. selon le problème à traiter. Cette focalisation de l'attention, qui marque le début du processus hypnotique, permet au patient de faire abstraction de nombreux éléments extérieurs ou intérieurs. Cet état de centration sur l'individu, son

## I Revues générales

corps et ses sensations, permet le passage vers l'étape suivante, la dissociation ;  
 – la dissociation psychique est l'état hypnotique à proprement parler où le sujet est à la fois ici et ailleurs dans son monde intérieur, extrêmement attentif à ce qui lui est proposé par le thérapeute. Il entre alors, accompagné par le thérapeute, dans un autre type de perception élargie (appelée "perceptude" par F. Roustang [1]);  
 – la phase thérapeutique : le patient, guidé par le thérapeute à l'aide de divers exercices (suggestions, métaphores, etc.), est amené à observer son problème sous un autre angle, à puiser dans ses ressources, à imaginer d'autres types de fonctionnements qui lui permettront de contourner, résoudre ses difficultés.

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

### 2. L'autohypnose

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

### 3. L'hypnose conversationnelle

L'hypnose conversationnelle est une forme d'hypnose assez récente et qui n'a pas recours à la transe. Elle se base sur un langage et des techniques bien spécifiques. Avec l'hypnose conversationnelle, le thérapeute va inciter fortement son patient à modifier un comportement, par exemple, sans que celui-ci ne s'en aperçoive. C'est au détour d'une conversation que le professionnel ayant reçu une formation en hypnose va pouvoir suggérer cette modification. Il s'adresse directement à l'inconscient du patient sans modifier son état de conscience, donc sans le faire entrer en transe hypnotique.

Une séance d'hypnose conversationnelle ressemble en fait à une simple conversation entre un patient et son thérapeute. Le professionnel va émettre des suggestions destinées à l'inconscient du patient afin de l'inciter à changer de comportement. Les étapes de l'hypnose conversationnelle sont plutôt simples. Il s'agit tout d'abord de focaliser l'attention de la personne sur vos paroles.

Dès cette première phase, le vocabulaire utilisé peut avoir une grande importance. On sait que le "cerveau émotionnel" ne connaît pas la négation. Ainsi lorsqu'un soignant dit "ne vous inquiétez pas, cela ne va pas faire mal", le patient peut

retenir qu'il a toutes les raisons de s'inquiéter car cela devrait être douloureux (**tableau I**).

La deuxième étape consiste à passer outre le facteur critique. L'inconscient du patient n'est en effet pas accessible facilement, il est nécessaire de détourner son attention. Il convient de permettre au patient une focalisation positive, de proposer un choix illusoire, de réaliser des saupoudrages de métaphores, de réaliser parfois une confusion (**tableau II**).

### Quel crédit scientifique pour l'hypnose ?

Des études par TEPscan-IRM fonctionnel ont révélé que la modulation hypnotique du désagrément de la douleur chez des volontaires est corrélée à des modifications de l'activité dans le cortex cingulaire, sans modification de l'activité des autres aires corticales qui sont normalement activées lors de stimuli douloureux [5-7]. Il a été démontré que l'illusion de la douleur peut augmenter le flux sanguin cérébral dans certaines zones (S2, gyrus cingulaire, insula antérieure) et que, *a contrario*, la distraction diminue l'activité insulaire [8].

Enfin, l'hypnose bénéficie aussi d'une légitimité administrative car il existe un acte dans la CCAM, même s'il n'est pas

Les mots qui font mal	Les mots rassurants
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Soucis</li> <li>● Problème</li> <li>● Urgence</li> <li>● Peur</li> <li>● Mal</li> <li>● Froid</li> <li>● Piqure</li> <li>● Piquant</li> <li>● Couper</li> <li>● Hésiter</li> <li>● Essayer</li> <li>● Potence</li> <li>● Brancard</li> <li>● Bruit</li> <li>● Doulueur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Agréable</li> <li>● Confortable</li> <li>● Température idéale</li> <li>● Comme une caresse</li> <li>● Insensibilisé</li> <li>● Apaisant</li> <li>● Pastel</li> </ul>

Tableau I : Les mots à éviter/les mots rassurants.

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

Tableau II : Lexique hypnotique.

codant, qui est “séance d’hypnose à visée antalgique” (code ANRP001).

## ■ L’hypnose en dermatologie

La dermatologie offre un des champs d’investigation les plus riches : il s’agit d’une spécialité médico-chirurgicale pour une tranche d’âge de 0 à 100 ans, qui s’intéresse aux pathologies inflammatoires, infectieuses, tumorales, allergiques. L’hypnose est un outil d’aide à la prise en charge très utile.

## ■ Prise en charge de la douleur

Les douleurs induites par nos gestes diagnostiques ou thérapeutiques peuvent être atténuées par l’hypnose [9]. Que ce soit pour des injections palmaires et plantaires de toxine botulique [3], des actes de chirurgie dermatologique, la PDT (photothérapie dynamique) [10], la détersion d’ulcères de jambes. Nous avons l’habitude de proposer une hypnose conversationnelle ou formelle lors de ponctions et d’actes chirurgicaux.

De même, certaines pathologies rencontrées en dermatologie (zona, érysipèle, brûlure...) peuvent être douloureuses et l’hypnose peut aider à diminuer ce ressenti.

## ■ Aide à la prise en charge de pathologies inflammatoires

Que cela concerne le psoriasis, l’eczéma ou l’urticaire, il a été montré que non seulement l’hypnose permet, au même titre que la douleur, de diminuer l’intensité du prurit mais aussi la réduction significative des scores d’activité [11-12]. Une étude rétrospective a montré une diminution du score EASI (*Eczema Area and Severity Index*) chez 21 patients souffrant de dermatite atopique [13] et une amélioration significative des stomatodynies [14] grâce à l’hypnose, sans ajout de médicament.

## POINTS FORTS

- L’hypnose est un savoir inné que nous mettons en action par le ressenti.
- L’hypnose bénéficie d’un crédit scientifique grâce à de nombreuses études cliniques et expérimentales.
- L’hypnose agit directement sur le corps, les symptômes, la douleur, le prurit et s’intègre parfaitement dans la pratique dermatologique. Elle permet de diminuer les scores d’activité de pathologies inflammatoires comme la dermatite atopique, le psoriasis et l’urticaire.
- L’hypnose redonne la maîtrise au patient en lui permettant de mobiliser ses ressources naturelles.

## ■ Intérêt de l’hypnose en oncodermatologie

### 1. Lors de la consultation d’annonce

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

### 2. Anxiété

Elle est permanente lors du parcours du patient dès la consultation d’annonce, lors du traitement et à chaque visite de contrôle et de réévaluation. Elle est même anticipatoire en attendant les résultats d’examen. Apprendre au patient l’autohypnose lui permettra de mieux gérer ses émotions et nous utiliserons souvent des métaphores de projection vers un avenir réparé. L’hypnose semble plus puissante que la sophrologie pour diminuer l’angoisse chez l’adulte et l’enfant [15-17].

### 3. Douleur

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

### 4. Altération de l’estime de soi

Le corps meurtri (par la chirurgie, la chimiothérapie, le changement de la texture des cheveux, de la peau et/ou l’amaigrissement [18]) est une empreinte corporelle du cancer et engendre donc un impact psychosocial. Le cancer bou-

Exemple d’une séance d’hypnose réalisée au cours de la pandémie SARS-CoV-2 :



## Revue générale

leverse le Moi, la famille et la position dans le milieu professionnel et les loisirs. Entrer en transe peut permettre de reprendre contact avec ce nouveau corps et l'aimer autrement.

### 5. Effets secondaires des anticancéreux

Il a été prouvé que l'hypnose peut diminuer les nausées de certaines chimiothérapies [19]. Elle peut être une ressource en soins palliatifs [17].

### Conclusion

L'hypnose s'avère un outil particulièrement efficace dans la prise en charge des douleurs liées aux soins et dans le traitement des douleurs chroniques. Elle permet de réduire l'anxiété fréquente dans ce type de pathologie, et de travailler sur l'image du corps meurtri. Qui mieux qu'un soignant pour utiliser l'hypnose thérapeutique ? Nous sommes en effet confrontés aux souffrances des patients, à leurs angoisses et sommes habitués à accompagner et "prendre soin".

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

### BIBLIOGRAPHIE

- ROUSTANG F. *Qu'est-ce que l'hypnose ?* Paris: Minuit; 2002. 192 p.
- KLINE MV. The application of hypnosis to nondirective psychotherapy. *J Clin Psychol*, 1951;7:283-287.
- MAILLARD H, BARA C, CÉLÉRIER P. Efficacy of hypnosis in the treatment of palmar hyperhidrosis with botulinum toxin type A. *Ann Dermatol Vénéreol*, 2007;134:653-654.
- Stewart JH. Hypnosis in contemporary medicine. *Mayo Clin Proc*, 2005;80: 511-524.
- Faymonville Me, Laureys S, Degueldre C *et al*. Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. *Anesthesiology*, 2000;92:1257-1267.
- DEFECHEREUX T, DEGAUQUE C, FUMAL I *et al*. Hypnosedation, a new method of anesthesia for cervical endocrine surgery. Prospective randomized study. *Ann Chir*, 2000;125:539-546.
- FAYMONVILLE ME, MEURISSE M, FISSETTE J. Hypnosedation : a valuable alternative to traditional anaesthetic techniques. *Acta Chir Belg*, 1999;99:141-146.
- Rainville P, Hofbauer Rk, Paus T *et al*. Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion. *J Cogn Neurosci*, 1999;11:110-125.
- DANZIGER N, FOURNIER E, BOUHASSIRA D *et al*. Different strategies of modulation can be operative during hypnotic analgesia: a neurophysiological study. *Pain*, 1998;75:85-92.
- PAQUIER-VALETTE C, WIERZBICKA-HAINAUT E, CANTE V *et al*. Evaluation of hypnosis in pain management during photodynamic therapy: a pilot study. *Ann Dermatol Vénéreol*, 2014;141:181-185.
- ZACHARIAE R, OSTER H, BJERRING P *et al*. Effects of psychological intervention on psoriasis: a preliminary report. *J Am Acad Dermatol*, 1996;34:1008-1015.
- SHENEFELT Pd. Hypnosis in dermatology. *Arch Dermatol*, 2000;136:393-399.
- DELAITRE L, DENIS J, MAILLARD H. Hypnosis in Treatment of Atopic Dermatitis: A Clinical Study. *Int J Clin Exp Hypn*, 2020;68:412-418.
- MAIZERAY S, DENIS J, PICCOLI GB *et al*. Hypnosis in Treatment of Stomatodynia: Preliminary Retrospective Study of 12 Cases. *Int J Clin Exp Hypn*, 2021;69: 346-354.
- CHEN PY, LIU YM, CHEN ML. The Effect of Hypnosis on Anxiety in Patients With Cancer : A Meta-Analysis. *Worldviews Evid Based Nurs*, 2017;14:223-236.
- DANZIGER N, FOURNIER E, BOUHASSIRA D *et al*. Different strategies of modulation can be operative during hypnotic analgesia : a neurophysiological study. *Pain*, 1998;75:85-92.
- PLASKOTA M, LUCAS C, EVANS R *et al*. A hypnotherapy intervention for the treatment of anxiety in patients with cancer receiving palliative care. *Int J Palliat Nurs*, 2012;18:69-75.
- BARTON DL, BROOKS TM, CIESLAK A *et al*. Phase II randomized controlled trial of hypnosis versus progressive muscle relaxation for body image after breast or gynecologic cancer. *Breast Cancer Res Treat*, 2019;178:357-365.
- CARLSON LE, TOIVONEN K, FLYNN M *et al*. The Role of Hypnosis in Cancer Care. *Curr Oncol Rep*, 2018;20:93.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.



Le syndrome VEXAS: une nouvelle maladie auto-inflammatoire de l'adulte que le dermatologue doit connaître

Par F. Chasset

DOSSIER : MANIFESTATIONS CUTANÉES DES MAI



Acné et microbiote cutané : quel impact dans la prise en charge et dans l'observance des traitements ?

L'acné est une dermatose inflammatoire chronique du follicle pileux très fréquente, touchant jusqu'à 85 % de la population mondiale âgée de 11 à 30 ans [1]. Le microbiote cutané représente l'ensemble des microorganismes résidents de la peau humaine. Leurs interactions avec le système immunitaire représentent un facteur essentiel à prendre en compte dans la compréhension de la physiopathologie de l'acné [2-6]. Dans cet article de synthèse bibliographique, nous observons que les traitements utilisés dans la prise en charge de l'acné - qui s'agisse de rétinoïdes, de traitements bactériens ou d'antibiotiques - sont toxiques de près ou de loin associés à des modifications du microbiote cutané. Certains sont associés à des pertes de diversité, d'autres à sa hausse. Nous soulignons ici l'intérêt de restaurer un microbiote équilibré et donc une barrière cutanée saine dans le cadre du traitement de l'acné.



Comment je prends en charge un nevoie de Spitz

Le nevoie de Spitz est une variété particulière de nevoie, intéressant principalement l'enfant, répondant à une définition histologique et moléculaire particulière le distinguant des autres proliférations mélanocytaires. Il est constamment bénin chez l'enfant et peut être, au choix, laissé en place et surveillé ou retiré avec des marges étroites. Le mélanome de Spitz est une tumeur maligne plutôt observée chez l'adolescent et ne donne que très rarement des métastases à distance. Le problème vient du fait qu'un mélanome de Spitz peut mimetiquement et histologiquement un nevoie de Spitz et qu'il n'y a pas de critères formels clinico-dermoscopiques permettant de les différencier. Par conséquent, il est conseillé de se méfier de toute lésion nodulaire de grande taille (1-10mm), évolutive, à fortiori si elle est hémorragique et à l'air libre quel que soit l'âge, et de toute tumeur de Spitz d'allure nodulaire survenant chez un sujet pubère. Dans ces situations, une exérèse totale s'impose avec analyse histologique par un pathologiste expert. Les nevoies de Reed et les lésions pigmentées planes peuvent être simultanément surveillées.



Quand penser à une MAI devant une éruption urticarienne ?

Les éruptions urticariennes récurrentes sont fréquentes chez les patients. Il peut être parfois difficile, devant des éruptions urticariennes



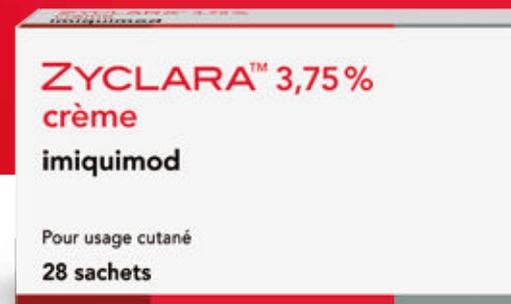
Le syndrome VEXAS: une nouvelle maladie auto-inflammatoire de l'adulte que le dermatologue doit connaître

En décembre 2020 a été décrit un nouveau syndrome auto-inflammatoire survenant chez des hommes





# " LES KA\* N'ONT PLUS KA SE MONTRER ! " " \*KÉRATOSES ACTINIQUES



**ZYCLARA®**  
Imiquimod 3,75% crème

Traitement local des kératoses actiniques (KA) cliniquement typiques, non hyperkératosiques, non hypertrophiques, visibles ou palpables, du visage ou du cuir chevelu dégarni chez l'adulte immunocompétent lorsque les autres traitements topiques sont contre-indiqués ou moins appropriés.<sup>1</sup>

Médicament de 2<sup>ème</sup> intention. En l'absence de données comparatives, il est impossible de mesurer l'intérêt d'utiliser de l'imiquimod à 3,75 % (ZYCLARA) par rapport à l'imiquimod à 5 % (ALDARA).<sup>2</sup>

Posologie et mode d'administration<sup>1</sup> :

- appliquer 1 fois par jour avant le coucher,
- en 2 cycles de 2 semaines, séparés de 2 semaines sans traitement,
- peut être appliqué sur le visage ou le cuir chevelu dégarni (jusqu'à 2 sachets)

BÉNÉFICES CLINIQUES EN MONOTHÉRAPIE OU APRÈS CRYOTHÉRAPIE<sup>2</sup>

Liste I. Remboursement Séc Soc 15%. Agréé aux Collectivités.

Pour une information complète, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit sur la base de données publique du médicament en flashant ce QR Code : ou directement sur le site internet : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

1. RCP de la spécialité Zyclara en vigueur.

2. HAS. Avis de la commission de transparence Zyclara du 4 novembre 2015.



Viatris Médical  
1 bis place de la Défense - Tour Trinity,  
92400 Courbevoie  
RCS Nanterre 443 747 977

