

réalités

n° 338

Thérapeutiques en DERMATO-VÉNÉROLOGIE

Le dossier : Peau et psy

Coordination : L. MISERY

**Acné et dermocosmétiques :
recommandations et consensus d'experts**

Recommandations vaccinales et biothérapie

Pathologies cutanées de la personne âgée



www.realites-dermatologiques.com

La FMC du dermatologue d'aujourd'hui pour préparer la médecine de demain

UNE EFFICACITÉ PROUVÉE ET MAINTENUE DANS LE TEMPS¹

SUR LA PEAU



SUR L'ONGLE



SUR LES ARTICULATIONS



PSORIASIS EN PLAQUES

- Taltz® est indiqué dans le traitement du psoriasis en plaques modéré à sévère chez l'adulte qui nécessite un traitement systémique¹.

La Commission considère que TALTZ® (ixékizumab) est un traitement systémique de 2^e ligne dans les formes modérées à sévères du psoriasis en plaques de l'adulte en cas d'échec (efficacité insuffisante, contre-indication ou intolérance) à une 1^{re} ligne de traitement systémique non biologique (méthotrexate, ciclosporine ou acitrétine) et éventuellement à la photothérapie².

- Taltz® est indiqué dans le traitement du psoriasis en plaques modéré à sévère chez l'enfant à partir de 6 ans et ayant un poids corporel d'au moins 25 kg et l'adolescent qui nécessitent un traitement systémique².

Non remboursable et non agréé aux collectivités dans cette indication.

RHUMATISME PSORIASIQUE

- Taltz®, seul ou en association avec le méthotrexate, est indiqué dans le traitement du rhumatisme psoriasique actif chez les patients adultes qui ont présenté une réponse inadéquate, ou une intolérance, à un ou plusieurs traitements de fond (DMARDs) (voir rubrique 5.1)¹.

Compte tenu de l'absence de démonstration de la supériorité de l'ixékizumab par rapport à l'adalimumab (anti-TNF) sur un critère de jugement purement articulaire et du recul plus important en termes d'efficacité et de tolérance avec cette classe de médicament, la Commission considère que chez les patients atteints d'un rhumatisme psoriasique actif en échec d'un traitement de fond conventionnel (soit en 2^e ligne de traitement), les anti-TNF doivent être privilégiés en première intention. La place de Taltz® (ixékizumab) se situe donc principalement après échec d'au moins un anti-TNF (soit en 3^e ligne et plus).

En l'absence de comparaison directe de l'ixékizumab aux autres options thérapeutiques disponibles après échec d'au moins un anti-TNF (anti-interleukines et anti-JAK), sa place par rapport à ces médicaments ne peut être précisée³.

TALTZ® est un médicament d'exception (Article R. 163-2 2^e alinéa du code de la Sécurité Sociale) et sa prescription doit se faire dans le respect de la Fiche d'Information Thérapeutique (FIT).

Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament à votre Centre régional de pharmacovigilance (CRPV) ou sur <https://signalement.social-sante.gouv.fr>.

Pour une information complète sur le produit, vous pouvez consulter la base de données publique des médicaments (<http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>) ou la section « Médicaments et DM » sur le site internet du laboratoire lilly (www.lilly.fr).

CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE : Liste I

Prescription réservée aux spécialistes en dermatologie, en médecine interne, en rhumatologie ou en pédiatrie.

Dans le traitement du psoriasis en plaques chez l'adulte et du rhumatisme psoriasique, Taltz® est remboursé par la Sécurité Sociale à 65 % selon la procédure des médicaments d'exception (prescription en conformité avec la FIT) et agréé aux collectivités.

Dans l'indication du rhumatisme psoriasique actif chez les patients adultes, compte-tenu du risque potentiel rare mais grave de réactions systémiques à l'injection incluant des réactions anaphylactiques avec TALTZ® 80 mg par voie sous-cutanée, mais aussi avec les autres traitements de fond biologiques, la prise en charge de la spécialité, dans cette indication, est subordonnée au fait que la première injection sous-cutanée de ce médicament soit réalisée dans une structure de soins adaptée.⁴

1. Résumé des caractéristiques du produit Taltz®. 2. Taltz® : Avis de la Commission de Transparence du 11 juillet 2022. 3. Avis de la Commission de la Transparence du 19 mai 2021. 4. Journal officiel du 9 avril 2024.

Retenez dès aujourd'hui les dates des



Jeudi 16 octobre 2025
&
Vendredi 17 octobre 2025



Jeudi 16 octobre

**Dermatoses inflammatoires
chroniques : actualités**

Sous la présidence du Pr Jean-David Bouaziz, Paris

&

Vendredi 17 octobre

**Peau et médecine interne :
de l'enfant à l'adulte**

Sous la présidence du Pr Didier Bessis,
Montpellier

CNIT Forest
Paris-La Défense



Possibilité d'inscription
et de règlement en ligne sur : www.jird.info

JEUDI 16 OCTOBRE 2025

DERMATOSES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES : ACTUALITÉS

Sous la présidence du PR JEAN-DAVID BOUAZIZ

Allocution d'ouverture

J.-D. BOUAZIZ

Mises au point interactives

9 h 10

10 h 40

- Prise en charge médico-chirurgicale de la maladie de Verneuil
- Peut-on guérir du vitiligo ?

► 10 h 40-11 h 10 : Pause ◀

11 h 10

12 h 10

- Inhibiteurs de JAK : le point de vue de l'immunologiste
- Dermate atopique : les recommandations françaises

12 h 10-12 h 30 – Discussion générale

► 12 h 30-14 h 00 : Pause déjeuner ◀

Questions flash

14 h 00

15 h 45

- Petit cas de psoriasis pour la pratique
- Peau et articulations : démarche diagnostique
- Actualité sur le psoriasis pustuleux
- Pelade et pseudo-pelade – actualités thérapeutiques
- L'ongle dans les maladies inflammatoires

► 15 h 45-16 h 15 : Pause ◀

16 h 15

17 h 45

- Mes plus belles histoires de MIC
- La méta-analyse, c'est quoi ?
- Méta-analyses dans les biothérapies : histoires de tolérance et d'efficacité
- Les maladies de système vues par la muqueuse buccale
- Quand penser à des aphtes syndromiques ?

17 h 45-18 h 15 – Questions aux experts

VENDREDI 17 OCTOBRE 2025

PEAU ET MÉDECINE INTERNE : DE L'ENFANT À L'ADULTE

Sous la présidence du PR DIDIER BESSIS

Allocution d'ouverture

D. BESSIS

Mises au point interactives

9 h 15
–
10 h 30

- Du lupus érythémateux cutané au lupus systémique : démarche clinique et nouvelles perspectives de traitement
- Dermatomyosite : de l'enfant à l'adulte

▶ 10 h 30-11 h 00 : Pause ◀

11 h 00
–
12 h 15

- Maladies auto-inflammatoires : quand le dermatologue doit-il y penser ?
- Peau noire et maladies systémiques, repenser le concept d'érythème

12 h 15-12 h 30 : Discussion générale

▶ 12 h 30-14 h 00 : Pause déjeuner ◀

Questions flash

14 h 00
–
15 h 45

- Corticothérapie orale chez l'enfant : principe de prescription dans les maladies systémiques
- Muqueuse buccale et maladies systémiques, les essentiels
- Vasculite cutanée induite par la cocaïne : clefs diagnostiques et conduite à tenir
- CAR-T-cells et maladies auto-immunes, quel avenir ?
- Autogreffe de cellules souches pour les connectivites : exemple de la sclérodermie

▶ 15 h 45 -16 h 15 : Pause ◀

16 h 15
–
17 h 30

- Petits indices cutanés, grandes implications en médecine interne
- Urticaire neutrophilique : mythe ou réalité ?
- Le syndrome VEXAS
- Phénomène de Raynaud : que faire en pratique ?
- Sarcoïdose à expression cutanée

17 h 30-18 h 15 – Questions aux experts



Think CLEAR,
Think SOOLANTRA®*



SOOLANTRA® est indiqué pour le traitement topique des lésions inflammatoires (papulopustuleuses) de la rosacée chez l'adulte

Liste II - Non remb. Séc. Soc. - Non agréé coll.

Pour une information complète, consultez le RCP du produit sur la base de données publique du médicament <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

© 2024 Galderma - Tous les droits sont réservés.

Photos retouchées numériquement pour représenter une patiente IGA 3 et IGA 0 - Les résultats peuvent varier d'un patient à l'autre.

* C'est clair, c'est SOOLANTRA®

** 10^{ème} année de commercialisation

GALDERMA

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Pr S. Aractingi, Pr H. Bachelez, Dr R. Baran,
Pr N. Basset-Seguïn, 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. Rousset,
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. Moraillon,
Dr N. Scharz

RÉDACTEUR EN CHEF

Dr J.-B. Monfort

CONSEILLER À LA RÉDACTION

Dr M. Rybojad

DIRECTEUR DES PUBLICATIONS

T. Klein

DIRECTEUR DES PUBLICATIONS ADJOINT

Y. Catherin

DIRECTEUR DES RÉDACTIONS

Dr C. Reitz

DIRECTEUR DES RÉDACTIONS ADJOINT

Dr M.-S. Dilhuydy

SECRÉTARIAT DE RÉDACTION

A. Oudry, A.-L. Languille

RÉDACTEURS GRAPHISTES

B. Gattegno, M. Perazzi

MAQUETTE, PAO

D. Plaisance

PUBLICITÉ

D. Chargy

RÉALITÉS THÉRAPEUTIQUES EN DERMATO-VÉNÉROLOGIE

est éditée par Performances Médicales
65, rue d'Aguesseau
92100 Boulogne-Billancourt
Tél. : 01 47 00 67 14
E-mail : info@performances-medicales.com

IMPRIMERIE

Impression : espaceGrafic
Mutilva Baja – Espagne
Commission Paritaire : 0127 T 81119
ISSN : 1155-2492
Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2025

Sommaire

Février 2025

n° 338

LE DOSSIER

Peau et psy

9 ÉDITO
L. MISERY

10 La nouvelle classification
psychodermatologique internationale
B. ROQUE FERREIRA

16 Les stomatodynies
L. MISERY

21 Les troubles factices en
dermatologie
F. STEPHAN

25 Manuel de prescription
des psychotropes en dermatologie
F. STEPHAN

REVUES GÉNÉRALES

32 Recommandations et consensus
d'experts internationaux
sur la place des dermocosmétiques
dans la prise en charge de l'acné
M.-T. LECCIA, J.-P. CLAUDEL, B. DRÉNO

36 Prescrire une biothérapie
en dermatologie : quelles sont
les recommandations vaccinales ?
F. CAMOU

43 Pathologies cutanées
de la personne âgée
H. COLBOC

CAS CLINIQUE

49 Des micropapules péri-orificielles
chez un enfant
L. DUPONT, E. BEGON



Un bulletin d'abonnement est en page 20.

Image de couverture :
©Master1305@shutterstock.com

Réalités Thérapeutiques en Dermato-Vénérologie

vous invite à voir ou revoir **EN DIFFÉRÉ** la
retransmission de la webconférence
sur le thème :

Quoi de neuf dans la DA ? Nouvelles recommandations de prise en charge



► Animée par le
Pr Delphine STAUMONT, Lille



<https://sanofi4.realites-dermatologiques.com>

Webconférence réservée aux professionnels de santé.
Inscription obligatoire.

■ Le dossier – Peau et psy

Éditorial



L. MISERY
Service de dermatologie, CHU de BREST.

Les relations entre peau et psychisme sont multiples et parfois complexes. Dépassant bien largement les polémiques du siècle dernier, que l'on sait désormais injustifiables (pour chacun des deux camps), où certains déniaient toute participation du psychisme aux maladies cutanées alors que d'autres voulaient faire du stress la cause de tout, il est clair que le stress n'est pas une cause des maladies cutanées mais aussi que les facteurs psychiques modulent régulièrement celles-ci.

Dans certains cas, des maladies psychiatriques peuvent se manifester par des symptômes subjectifs ou par des lésions auto-induites. À l'initiative de la *task force* de psychodermatologie de l'EADV, une classification internationale de tous ces modes d'interactions cutanéopsychiques a été publiée après 2 ans de travail. Barbara Ferreira nous la présente dans ce numéro.

Dans cette classification, les stomatodynies apparaissent aussi bien parmi les maladies cutanéomuqueuses influencées par la santé mentale que parmi les manifestations cutanéomuqueuses de maladies psychiatriques, ce qui souligne leur complexité physiopsychopathologique. Mais leur clinique est caractéristique et leur traitement assez codifié, même si nous manquons de preuves fournies par les essais cliniques.

Les troubles factices en dermatologie sont une situation assez rare mais très désarçonnante pour les dermatologues, qui se trouvent confrontés à une demande de soins pour des lésions auto-induites. La mise au point de Florian Stéphan devrait nous aider à intervenir dans ces situations paradoxales.

Enfin, les dermatologues pourraient prescrire des psychotropes dans de nombreuses circonstances. Pourtant, ils hésitent souvent à mettre en pratique les connaissances acquises lors de leurs études médicales. Florian Stéphan nous propose un manuel pratique de prescriptions.

■ Le dossier – Peau et psy

La nouvelle classification psychodermatologique internationale

RÉSUMÉ : Parce qu’aucune classification n’avait été proposée sur la base d’un consensus international, un groupe d’experts en psychodermatologie (désigné par la *Task Force* de psychodermatologie de l’EADV, l’ESDaP et l’APMNA) s’est réuni pour croiser ses connaissances en dermatologie et en psychiatrie, afin d’unifier la terminologie utilisée et d’améliorer la reconnaissance et l’approche des troubles psychodermatologiques.



B. ROQUE FERREIRA

Service de Dermatologie, CHU de l’Algarve, FARO, Portugal.
LIEN, Université de BREST.

Depuis longtemps, les troubles psychodermatologiques étaient classés selon différents critères présentant plusieurs limites et il n’existait pas de système de classification universel [1]. Récemment, une nouvelle classification de ces troubles (**tableaux I, II et III**) a été proposée par l’*European Academy of Dermatology and Venereology* (EADV) *Psychodermatology Task Force*, l’*European Society for Dermatology and Psychiatry* (ESDaP) et l’*Association for Psychoneurocutaneous Medicine of North America* (APMNA). Des classifications proposées précédemment en psychodermatologie ont été discutées et analysées et un nouveau système de classification, avec une terminologie précise, a été proposé par un groupe d’experts. Dans cette classification, deux groupes principaux ont été reconnus, compte tenu des similitudes physiopathologiques et phénoménologiques [2, 3].

Le groupe principal a été appelé “troubles psychiques affectant la peau” et le deuxième “maladies cutanées influencées par la santé mentale”. Le premier groupe devait inclure les troubles psychodermatologiques associés à un trouble psychiatrique et/ou à des caractéristiques psychosociales, avec des symptômes cutanés secondaires et/ou

des lésions cutanées secondaires ; le deuxième groupe était destiné aux troubles cutanés primaires d’étiologie multifactorielle impliquant un stress psychologique et/ou des comorbidités psychiatriques.

Il a été noté que, dans les deux groupes, les patients peuvent présenter des troubles psychiatriques secondaires résultant de l’impact psychosocial d’une maladie de la peau ou d’un trouble psychiatrique, tels qu’une dépression, un trouble d’anxiété ou des troubles du sommeil. Pourtant, ces comorbidités n’avaient pas été mises en évidence dans le tableau car elles pouvaient appartenir à tous les groupes et n’étaient pas suffisamment spécifiques pour justifier la création d’un sous-groupe additionnel [2].

Le tableau mentionne le spectre principal des troubles psychiatriques à l’origine de chaque diagnostic. D’autres troubles psychiatriques peuvent être également impliqués, même s’ils ne correspondent pas à la psychopathologie principale à l’origine du comportement : par exemple, des troubles anxieux peuvent coexister avec des troubles psychotiques et obsessionnels compulsifs [4].

Un autre point essentiel à noter est la subdivision de chaque groupe en deux sous-groupes, selon la présence ou l'absence de lésions cutanées visibles. Lorsqu'elles sont présentes, ces lésions peuvent ensuite être classées en lésions cutanées primaires ou secondaires, conformément à la classification dermatologique habituelle [5]. Des lésions cutanées primaires ne sont pas observées dans les troubles mentaux primaires (troubles psychiques affectant la peau).

En revanche, des lésions cutanées secondaires peuvent être observées dans les deux groupes : soit des lésions visibles qui apparaissent au fil de la progression de certaines dermatoses (par exemple, les squames dans le contexte du psoriasis), soit des lésions qui résultent des changements en lien avec un comportement pathologique ou une manipulation traumatique de la peau (par exemple, les excoriations). Ce deuxième type de lésions cutanées secondaires peut être observé dans le contexte des troubles cutanés (par exemple, l'acné, la dermatite atopique, le prurigo nodulaire ou chronique) et des troubles psychiques primaires (par exemple, dans le contexte de l'infestation délirante) [1, 2, 5].

Troubles mentaux primaires affectant la peau

Cinq sous-groupes ont été considérés [2] :

- troubles psychotiques ;
- troubles obsessionnels compulsifs et troubles connexes (OCD) ;
- troubles addictifs non liés à l'utilisation de substances ;
- troubles liés à l'automutilation non suicidaire (NSSI) ;
- symptômes somatiques et troubles apparentés.

1. Troubles psychotiques

Dans les “troubles psychotiques”, l'exemple classique est le trouble déli-

Troubles psychiques affectant la peau avec lésions visibles
Troubles psychotiques
Troubles délirants somatiques (Ex : délires d'infestation)
Troubles obsessionnels compulsifs
• Dysmorphophobie • Tanorexie • Lésions cutanées auto-infligées : À comportement non dénié, non caché : – <i>Morsicatio buccarum</i> ; – dermatodaxie, dermatophagie, dermatothlasie ; – onychodaknomanie, onychophagie, onychoteiromanie ; – onychotemnomanie ; – onychotillomanie ; – périonychophagie, périonychotillomanie ; – rhinotillexomanie ; – chérite auto-induite ; – dermatillomanie (excoriations psychogènes) ; – trichotéiromanie, trichotemnomanie ; – trichotillomanie ± trichophagie.
Troubles addictifs non liés à une substance
• Tanorexie • Lésions cutanées auto-infligées
Troubles auto-infligés non suicidaires
• Lésions cutanées auto-infligées : À comportement non dénié, non caché : – troubles impulsifs. Exemples : brûlure, scarification désir d'obtenir un handicap physique, trouble de l'intégrité de l'identité corporelle À comportement dénié ou caché : - Rôle de malade sans avantage tangible – troubles factices. Exemples : pathomimie, pathomimicrie, syndrome de Munchausen, Munchausen par procuration, syndrome de lasthénie de Ferjol ; Motivation par avantage tangible – simulation.

Tableau I : Troubles psychodermatologiques avec lésions visibles.

rant de sous-type somatique, qui se présente généralement comme une infestation délirante [6, 7]. Des lésions cutanées secondaires auto-infligées peuvent être observées, notamment des excoriations, érosions et ulcères, mais certains patients n'ont aucune lésion visible.

2. Troubles obsessionnels compulsifs et troubles connexes

Certains troubles peuvent se manifester par des lésions visibles (secondaires) :

- les comportements répétitifs centrés sur le corps (BFRBs) [7, 8] se caractérisent par la présence de lésions cutanées auto-infligées ;

Troubles psychiques affectant la peau sans lésions visibles
Troubles psychotiques
Troubles délirants somatiques (Ex : délires d'infestation)
Symptômes somatiques et troubles connexes
– Stomatodynie – Vulvodynie – Pénoscrotodynie – Prurit psychogène
Troubles obsessionnels compulsifs
• Dysmorphophobie • Bromose délirante

Tableau II : Troubles psychodermatologiques sans lésions visibles.

Le dossier – Peau et psy

– le trouble dysmorphique corporel (BDD) [7, 9] peut être associé à la présence de lésions cutanées auto-infligées car le *skin picking* est diagnostiqué comme une compulsion (et un symptôme principal) dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-5-TR);

– la tanorexie [10] se caractérise par une hyperpigmentation qui résulte d'un comportement pathologique lié au bronzage.

D'autres exemples d'OCRD, tels que le trouble de la référence olfactive [7], ainsi que certains cas de BDD ne présentent pas de lésions visibles (secondaires) et ont donc été placés dans la deuxième colonne du premier groupe (pas de lésions visibles).

Parmi les exemples les plus courants des BFRBs [11-13], il faut citer les suivants :

- dermatillomanie ou trouble de l'excoriation;
- trichotillomanie (s'arracher les cheveux);
- trichotéiromanie (frottement et grattage du cuir chevelu);
- trichotemnomanie (coupe compulsive des cheveux);
- trichophagie (trouble rare lié à la trichotillomanie, caractérisé par une consommation compulsive de cheveux arrachés et risque de trichobézoards);
- onychophagie (se ronger les ongles);
- onychotemnomanie (couper les ongles trop courts entraînant un traumatisme du corps de l'ongle/du pli de l'ongle);
- onychotillomanie (traumatisme du paronychium, avec une manipulation continue, arrachage et/ou retrait de la cuticule/de l'ongle, ce qui peut provoquer une dystrophie au niveau médian -ongles en planche à laver-, où les patients présentent une dépression linéaire centrale entourée de crêtes transversales parallèles de l'extrémité proximale à l'extrémité distale);
- onychotéiromanie (le patient frotte ses ongles);
- perionychotillomanie (habitude de manipuler la peau périunguéal);

- périonychophagie (le patient mord sa propre peau périunguéal; des morceaux de peau peuvent être ingérés);
- rhinotillexomanie (manipulation compulsive du nez);
- chéilite auto-infligée;
- morsure de joue (liée au simple fait de mordre sa propre muqueuse buccale) et *Morsicatio buccarum* (forme particulièrement vigoureuse de morsure de joue au cours de laquelle des morceaux sont arrachés de la muqueuse);
- dermatophagie (lorsque des morceaux de peau sont ingérés), dermatodaxie (compulsion à mordre sa propre peau sans la consommer) et dermatothlasie (compulsion à frotter ou à pincer sa peau pour former une ecchymose).

3. Troubles addictifs non liés à l'utilisation de substances

Les comportements répétitifs centrés sur le corps ont été reconnus comme faisant partie des OCRD, lorsque des lésions auto-infligées dues à un "comportement non nié/non caché" sont présentes. Cependant, le comportement addictif (et l'impulsivité qui y est associée) a été reconnu comme un aspect important dans certaines situations cliniques, ce qui a justifié l'identification d'un nouveau sous-groupe "troubles addictifs non liés à une substance", également inclus dans le DSM-5-TR.

Ainsi, la tanorexie et les lésions cutanées auto-infligées ont également été identifiées comme faisant partie du groupe des "troubles addictifs non liés à une substance", car certains patients peuvent présenter les caractéristiques des addictions comportementales. En effet, les lésions cutanées auto-infligées, telles que le trouble d'excoriation et la trichotillomanie, ainsi que la tanorexie, présentent également les spécificités d'un comportement addictif et pourraient donc présenter des caractéristiques mixtes compulsives-impulsives [2, 14, 15].

4. Troubles liés à l'automutilation non suicidaire

Des lésions cutanées auto-infligées peuvent également faire partie des troubles liés à l'automutilation non suicidaire (NSSID). Le symptôme central serait de provoquer intentionnellement des lésions pendant au moins 5 jours au cours de l'année écoulée, dans le but de soulager des émotions, des pensées ou des sentiments négatifs, de résoudre des problèmes interpersonnels ou éventuellement d'induire une humeur positive [15].

Les lésions dans les NSSID ont été subdivisées en deux sous-groupes [2, 11, 16]:

>>> Comportement non nié/non caché

Il comprend les deux sous-groupes suivants:

- patients ayant un comportement impulsif (par exemple, brûlure, coupure);
- patients présentant le désir d'obtenir une déficience physique (trouble de l'intégrité de l'identité corporelle).

>>> Comportement nié ou caché

Il comprend les deux sous-groupes suivants:

- patients présentant "un rôle de malade" sans bénéfices tangibles immédiats pour lesquels le diagnostic serait "trouble factice";
- patients présentant des motivations externes pour lesquelles le diagnostic devrait être "simulation".

Le syndrome de Münchhausen et le syndrome de Münchhausen par procuration ont été cités comme exemples de troubles factices [11]. Des excoriations, érosions, ulcères, cicatrices, des troubles au niveau des cheveux et des ongles dus à des manipulations traumatiques peuvent y être observés.

Il serait important de souligner deux différences majeures entre les deux

groupes. Les NSSID semblent liés à des émotions plus intenses et plus douloureuses par rapport aux BFRB ou les OCRD. L'automutilation non suicidaire survient au moment de l'adolescence et va diminuer au début de l'âge adulte, tandis que les BFRB ont tendance à être des habitudes chroniques qui persistent pendant la vie [2, 17].

5. Symptômes somatiques et troubles apparentés

Ce groupe comprend les troubles suivants [2, 4, 5, 7, 18]:

- syndromes dysesthésiques (glossodynie, vulvodynie, péno-scrotodynie);
- prurit psychogène;
- trouble anxieux lié à la maladie.

Il faut noter que les syndromes dysesthésiques peuvent être des exemples de “troubles cutanés primaires liés à la santé mentale” lorsque le bilan fait apparaître une étiologie somatique. En leur absence, ces troubles devraient être mentionnés en tant que “troubles des symptômes somatiques”; cette dernière terminologie pourrait donc être préférée lorsqu’une détresse émotionnelle ou des conflits psychiques sont observés, sans la présence d’étiologies dermatologiques/somatiques évidentes [2].

Le prurit psychogène est un diagnostic spécifique chez les patients atteints de prurit chronique, en l’absence de dermatose primaire. Il peut être décrit comme une affection systémique dans laquelle des facteurs psychogènes jouent un rôle déterminant dans l’apparition du prurit. Le groupe français de psychodermatologie a proposé des critères pour ce type de prurit [18]. Le prurit psychogène ne doit pas être confondu avec les diagnostics suivants : le prurit idiopathique; certains troubles psychodermatologiques liés à un diagnostic psychiatrique primaire où le prurit pourrait éventuellement être présent (l’infestation délirante, les excoriations psychogènes); les comor-

bidités psychiatriques secondaires (symptômes anxieux et dépressifs), couramment associées à d’autres étiologies de prurit chronique [19].

Maladies cutanées influencées par la santé mentale

Ce deuxième groupe principal regroupe les troubles dont la physiopathologie est associée à un dysfonctionnement cutané primaire, intégrant dans son mécanisme physiopathologique psychologique un stress et/ou des comorbidités psychiatriques secondaires [2].

Ce groupe a été divisé en deux sous-groupes [2] (**tableau III**):

- dermatoses primaires;
- troubles fonctionnels cutanés.

1. Dermatoses primaires

Ce sous-groupe est attribué aux maladies cutanées primaires et a les caractéristiques suivantes:

- des lésions cutanées primaires visibles sont toujours observées;
- des lésions secondaires peuvent être présentes en fonction des caractéristiques de la dermatose et de son évolution.

Maladies cutanées influencées par la santé mentale			
Lésions visibles		Lésions plus ou moins visibles	
Dermatoses		Troubles fonctionnels cutanés	
Dermatoses potentiellement aggravées ou déclenchées par le stress et associées à des comorbidités psychiatriques secondaires. Exemples : – acné; – dermatite atopique; – dermatite séborrhéique; – dermatomyosite; – effluvium télogène; – herpès; – hyperhidrose; – lichen plan; – lupus érythémateux; – pelade; – pemphigus; – psoriasis; – rosacée; – sclérodermie; – urticaire chronique spontanée; – verrues; – vitiligo.	Dermatoses non aggravées ou déclenchées par un stress pouvant entraîner des comorbidités psychiatriques secondaires. Exemples : – alopecie androgénétique; – alopecies cicatricielles; – génodermatoses; – hidradénite suppurée; – lichen scléreux; – autres maladies bulleuses auto-immunes; – syndrome de Stevens-Johnson syndrome; – syndrome de Lyell.	Avec des lésions visibles. Exemples : – névrodermite; – prurigo nodulaire; – prurit idiopathique; – prurit associé à des maladies systémiques.	Sans lésion visible. Exemples : – stomatodynie; – vulvodynie; – péno-scrotodynie; – prurit idiopathique; – prurit associé à des maladies systémiques; – dysesthésies cutanées.

Tableau III: Maladies cutanées influencées par la santé mentale.

■ Le dossier – Peau et psy

Dans les dermatoses primaires, les lésions secondaires peuvent être le résultat d'une manipulation traumatique (par exemple, des excoriations dues au prurit), mais aussi des lésions qui peuvent survenir au fil du temps en raison de l'évolution de la maladie [5].

Les dermatoses primaires ont été subdivisées en deux sous-groupes [2] :

– dermatoses potentiellement aggravées ou déclenchées par le stress et également associées à des comorbidités psychiatriques secondaires (par exemple, l'alopecie areata et la dermatite atopique);

– dermatoses généralement non aggravées ou déclenchées par le stress mais pouvant entraîner des comorbidités psychiatriques secondaires (par exemple, le lichen scléreux).

Une liste des troubles pouvant être classés dans chaque sous-groupe, en fonction de leur lien physiopathologique potentiel avec le stress, est présentée dans le **tableau I** [2].

2. Troubles fonctionnels cutanés

Le terme “troubles fonctionnels cutanés” désigne les affections dont le principal mécanisme physiopathologique repose sur un dysfonctionnement du traitement du prurit et/ou de la douleur. Lorsque des lésions cutanées visibles sont présentes, il y a des lésions secondaires (par exemple, excoriations et lichénification). Le lichen simplex, le prurigo nodulaire, le prurit chronique idiopathique et le prurit chronique lié à des troubles systémiques (par exemple, l'insuffisance rénale terminale) sont des exemples de troubles cutanés fonctionnels avec lésions cutanées secondaires.

La glossodynie, la vulvodynie et la péno-scrotodynie sont des exemples de troubles fonctionnels de la peau sans lésions visibles (secondaires), de même que certains cas de prurit chronique (idiopathique et systémique) et d'autres troubles sensoriels de la peau

(par exemple, la peau sensible et d'autres syndromes douloureux) [2, 20].

■ Conclusion

L'objectif de ce système de classification internationale était d'élargir la reconnaissance des troubles psychodermatologiques, d'améliorer l'approche clinique des patients souffrant de ces troubles et de fournir des lignes directrices utiles pour le diagnostic et la prise en charge des patients atteints d'un diagnostic psychodermatologique.

La présente classification doit être considérée comme un guide pour le diagnostic et l'approche clinique des troubles psychodermatologiques. Un chevauchement entre les troubles peut être occasionnellement observé : par exemple, la présence de lésions cutanées secondaires fait partie des critères possibles de diagnostic de BDD. Le BDD a donc été placé dans les sous-groupes des lésions cutanées visibles et des lésions cutanées non visibles ; certains patients atteints de BDD peuvent également présenter des symptômes psychotiques (des croyances délirantes), mais les variantes délirantes et non délirantes présentent beaucoup plus d'aspects partagés que de différences et, étant le principal mécanisme obsessionnel-compulsif, le BDD était logiquement classé dans les TOC.

Cette nouvelle classification intègre le trouble de l'intégrité de l'identité corporelle et souligne l'importance du comportement addictif. Ce dernier a été reconnu comme un facteur à considérer dans certains cas de lésions auto-infligées et de tanorexie, justifiant ainsi l'identification d'un nouveau sous-groupe : les “troubles addictifs non liés à une substance”.

Avec cette proposition de classification internationale, les auteurs ont cherché à structurer les troubles psychodermatologiques en proposant une approche pratique. Cette classification repose sur

les principes fondamentaux de l'examen dermatologique et de la psychopathologie appliqués à la dermatologie, tout en établissant un langage commun pour les dermatologues, les psychiatres et les psychologues.

BIBLIOGRAPHIE

1. FERREIRA BR, JAFFERANY M. Classification of psychodermatological disorders. *J Cosmet Dermatol*, 2021;20:1622-1624.
2. FERREIRA BR, VULINK N, MOSTAGHIMI L *et al*. Classification of psychodermatological disorders: Proposal of a new international classification. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2024;38:645-656.
3. MOSTAGHIMI L, JAFFERANY M, TAUSK F. Psychocutaneous disease: in search of a common language. *Int J Dermatol*, 2020;59: e195-e198.
4. BEWLEY A, MAGID M, REICHENBERG JS *et al*. *Practical psychodermatology*. London: Wiley Blackwell; 2014.
5. BOLOGNIA JL, SCHAFFER JV, DUNCAN KO *et al*. Basic principles of dermatology. In: JL Bolognia, JV Schaffer, KO Duncan, CJ Ko, editors. *Dermatology essentials*. Amsterdam: Elsevier; 2014:1-19.
6. FREUDENMANN RW, LEPPING P. Delusional infestation. *Clin Microbiol Rev*, 2009; 22:690-732.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. American Psychiatric Association; 2013.
8. MADAN SK, DAVIDSON J, GONG H. Addressing body-focused repetitive behaviors in the dermatology practice. *Clin Dermatol*, 2023;41:49-55.
9. PHILLIPS KA, HART AS, SIMPSON HB *et al*. Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder: recommendations for DSM-5. *CNS Spectr*, 2014; 19:10-20.
10. ANDREASSEN CS, PALLESEN S, TORSHEIM T *et al*. Tanning addiction: conceptualization, assessment and correlates. *Br J Dermatol*, 2018;179:345-352.
11. GIELER U, CONSOLI SG, TOMÁS-ARAGONES L *et al*. Self-inflicted lesions in dermatology: terminology and classification-a position paper from the European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP). *Acta Derm Venereol*, 2013;93:4-12.
12. SINGAL A, DAULATABAD D. Nail tic disorders: manifestations, pathogenesis

- and management. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, 2017;83:19-26.
13. MITROPOULOS P, NORTON SA. Dermatophagia or dermatodaxia? *J Am Acad Dermatol*, 2005;53:365.
 14. OLIVEIRRA ECB, FITZPATRICK CL, KIM HS *et al.* Obsessive-compulsive or addiction? Categorical diagnostic analysis of excoriation disorder compared to obsessive-compulsive disorder and gambling disorder. *Psychiatry Res*, 2019; 281:112518.
 15. GLENN CR, KLONSKY ED. Nonsuicidal self-injury disorder: an empirical investigation in adolescent psychiatric patients. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2013;42:496-507.
 16. GIBSON RB. Elective impairment minus elective disability: the social model of disability and body integrity identity disorder. *J Bioeth Inq*, 2020;17:145-155.
 17. MATHEW AS, DAVINE TP, SNORRASON I *et al.* Body-focused repetitive behaviors and non-suicidal self-injury: a comparison of clinical characteristics and symptom features. *J Psychiatr Res*, 2020;124:115-122.
 18. MISERY L, WALLENGREN J, WEISSHAAR E *et al.* Validation of diagnosis criteria of functional itch disorder or psychogenic pruritus. *Acta Derm Venereol*, 2008; 88:503-504.
 19. ROQUE FERREIRA B, MISERY L. Characteristics of psychogenic pruritus or functional itch disorder: a controlled study. *Acta Derm Venereol*, 2024; 104:adv41352.
 20. MISERY L. Pruriplastic itch-a novel pathogenic concept in chronic pruritus. *Front Med (Lausanne)*, 2021;7:615118.

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



Le site de dermatologie
dermato.net

RETROUVEZ TOUTE L'ACTUALITÉ MÉDICALE
EN DERMATOLOGIE 100% DIGITALE



■ Le dossier – Peau et psy

Les stomatodynies

RÉSUMÉ : Les stomatodynies sont des sensations pathologiques buccales qui ne sont pas en lien avec une pathologie muqueuse. Leur origine réside donc plutôt dans le système nerveux, avec des étiologies neurologiques pour certains patients et psychologiques pour d'autres. Les traitements sont peu codifiés mais reposent habituellement sur les antidépresseurs et les gabapentinoïdes. Les psychothérapies peuvent aussi être utiles.



L. MISERY

Service de dermatologie, CHU de BREST.

Les stomatodynies sont un problème fréquent et difficile. Habituellement, les patients consultent de nombreux praticiens : odontologues, généralistes, stomatologues, ORL, dermatologues, etc. Ils consultent rarement des spécialistes de la douleur ou des psychiatres, ou alors en fin de parcours. Pourtant, ces deux dernières spécialités seraient peut-être les plus utiles... Quoi qu'il en soit, les dermatologues doivent être capables de faire le diagnostic et de proposer un traitement.

■ Diagnostic

Les stomatodynies sont des douleurs buccales qui ne sont pas liées à un problème muqueux. L'examen est donc normal ou ne montre pas de lésion pouvant expliquer ces douleurs. Les termes de syndrome des brûlures buccales (traduction de l'anglais *burning mouth syndrome*) ou de paresthésies buccales sont des synonymes.

Habituellement, ce sont des glossodynies, c'est-à-dire qu'elles sont localisées uniquement à la langue, mais les sensations peuvent être perçues dans d'autres localisations buccales, et même atteindre les lèvres et la région péri-buccale. Si la langue est concernée dans 80 % des cas (et en particulier la pointe de la langue) le palais est atteint 6 fois sur 10, les gen-

cives 4 fois sur 10, ainsi que les lèvres. Plancher de la bouche, face interne des joues et pharynx sont rarement atteints. Les symptômes sont habituellement bilatéraux et peuvent être migrateurs.

Les sensations anormales sont décrites de manière variable par les patients [1]. Ce ne sont pas toujours des douleurs et il peut aussi s'agir de sensations de picotements, brûlures, décharges électriques ou même de prurit. Des troubles du goût (dysgueusie, agueusie) ou une sensation de bouche sèche peuvent être associés. Certains patients rapportent parfois des douleurs faciales ou des difficultés à la déglutition [2]. L'intensité des symptômes peut aller d'une simple gêne à des douleurs insupportables et envahissantes. Le retentissement sur la qualité de vie est souvent important.

L'augmentation d'intensité au cours de la journée est caractéristique, avec un pic d'intensité en soirée, alors que les paresthésies sont calmées par les repas et aggravées par le stress. Certains définissent trois formes cliniques [3] :

- **type I :** stomatodynie présente tous les jours, absente le matin, apparaissant dans la journée, augmentant d'intensité jusqu'au soir, disparaissant la nuit (35 % des cas) ;
- **type II :** stomatodynie tous les jours et toute la journée (55 % des cas) ;

Réalités Thérapeutiques en Dermato-Vénérologie

vous invite à la retransmission
de la webconférence

EN DIRECT

Jeudi 27 mars 2025
de 13 h 00 à 13 h 30

sur le thème :

| Actualités post-congrès sur les dermatoses inflammatoires rares |

Avec la participation du



Dr Inès ZARAA, Paris



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

Inscription obligatoire. Webconférence réservée aux professionnels de santé.

■ Le dossier – Peau et psy

– **type III** : stomatodynie certains jours seulement et de localisation inhabituelle (10 % des cas).

Les causes psychogènes sont fréquentes mais le type I peut aussi correspondre à des déficits vitaminiques, le type II peut avoir une cause locale et le type III doit faire penser à des troubles neurologiques ou à une allergie [4].

Les stomatodynies sont plus fréquentes chez la femme (85 % des cas), surtout après la ménopause. Selon les études, la prévalence varie de 0,1 à 3,9 %. Causes possibles, l'anxiété et surtout la dépression peuvent aussi être des conséquences car le retentissement sur la qualité de vie peut être important. Alors que l'on admettait que la stomatodynie était volontiers associée à d'autres douleurs chroniques mal expliquées, il semble que cela ne soit pas le cas, selon une revue systématique [5].

Interrogatifs devant ces symptômes, de nombreux patients rapportent un facteur déclenchant, qui est souvent représenté par des soins dentaires ou un événement de vie traumatisant. De même, de soi-disant signes physiques sont souvent rapportés mais ils correspondent en fait à l'anatomie habituelle de la bouche (en particulier les papilles linguales ou une langue un peu saburraale), qui n'avait jamais été observée par les malades jusqu'à l'apparition des signes fonctionnels. L'examen est parfaitement normal, si ce n'est pas le cas, il faut envisager un autre diagnostic.

■ Diagnostic différentiel

La neuropathie des grosses fibres est un diagnostic différentiel classique (topographie évocatrice avec, en particulier, les névralgies dentaires et les névralgies du trijumeau).

L'intolérance aux prothèses dentaires est un diagnostic fréquent et assez facilement reconnaissable : elle disparaît lorsqu'on enlève la prothèse. Les pro-

thèses sont usées ou mal adaptées. Les brûlures prédominent sur le palais. Elles surviennent peu de temps après la pose d'une nouvelle prothèse ou, au contraire, lorsque des prothèses sont trop anciennes.

Au contraire, l'allergie aux prothèses est rare et un érythème est normalement présent. La suppression de la prothèse conduit à une guérison en moins de 1 semaine. Des allergies à d'autres composants (couronnes, bridges, toluidine, peroxyde de benzoyle, résines époxy, acrylates, palladium, nickel), à des topiques buccaux ou à des aliments sont possibles. Des tests épicutanés sont indispensables mais n'affirment pas le diagnostic. Seul des tests de réintroduction et de suppression peuvent le confirmer. Il faut garder à l'esprit qu'une allergie est habituellement accompagnée d'un œdème ou d'un érythème et que les stomatodynies ne devraient donc que rarement entrer dans ce cadre.

Au cours des pathologies carencielles, la présence de douleurs sans signe associé est rare et rend le diagnostic discutable. Les déficits en vitamine B12 ou en acide folique (éventuellement en vitamines B1, B2 et B6) sont en général accompagnés d'une langue lisse et dépapillée, parfois d'ulcération et de dysgueusie.

Les troubles de l'occlusion dentaire primitifs ou secondaires (obturation débordante, couronne ou amalgame en suroclusion, bridge non équilibré) peuvent conduire à des mouvements d'écrasement ou de frottement des dents ou de la langue contre les dents. L'induction d'une douleur par la palpation appuyée des articulations ou la présence de signes d'usure dentaire ou d'indentations sur les bords latéraux de la langue sont des signes évocateurs.

Le bruxisme (mouvements inconscients de l'appareil manducateur, surtout pendant le sommeil) et les tics linguaux peuvent aussi être responsables de stomatodynies. Une papillite foliée, c'est-

à-dire une inflammation localisée à la pointe de la langue, est un signe évocateur, ainsi que l'usure caractéristique des dents. Les témoignages de l'entourage sont importants. La xérostomie serait responsable de 38 % des stomatodynies [6]. Mais peut-on considérer qu'il s'agit de stomatodynie puisqu'il existe alors un signe clinique objectif associé : la xérostomie ? Quoi qu'il en soit, celle-ci doit être recherchée et, si elle est présente, une cause de sécheresse buccale doit être suspectée.

De nombreux patients se plaignent de douleurs linguales alors qu'ils ont une langue fissurée, géographique, scrotale ou une glossite losangique médiane. Mais il est probable que la stomatodynie ne soit que le révélateur d'aspects inhabituels qui n'attiraient pas l'attention jusque-là.

■ Mécanismes

Les stomatodynies sont liées à un problème nerveux, au sens large du terme. Leur physiopathologie est discutée, parfois de manière polémique : neuropathie, dépression masquée ? Les deux ?

Pour tenter de trancher, nous avons réalisé une étude recherchant des éléments en faveur d'une douleur avec l'échelle DN4 et des signes de dépression ou d'anxiété avec l'échelle HAD. La vérité n'est certainement pas univoque puisque 1/3 des patients avaient une douleur neuropathique et un autre tiers des troubles psychiques, les deux populations pouvant d'ailleurs se superposer [7].

Nous avons réalisé une revue systématique sur 113 études, utilisant des méthodologies très diverses (interventions thérapeutiques ; études neurophysiologiques, biochimiques, histologiques ; imagerie cérébrale ; questionnaires) [8]. Les résultats vont dans un sens neuropathique ou psychogène ou ne permettent pas de conclure mais ne s'appliquent

jamais à tous les cas. Une récente étude de qualité sur le métabolome salivaire ne permet pas non plus de conclusion définitive [9]. Des critères de neuropathies des petites fibres [10] sont assez souvent retrouvés, surtout chez les femmes ménopausées.

Il est toujours difficile d'affirmer l'origine psychogène d'une stomatodynie car celle-ci peut avoir un retentissement psychique important ou bien parce que des troubles psychiques peuvent coexister avec un symptôme fonctionnel sans pour autant être liés. Il est donc important de rechercher des arguments évocateurs de cette étiologie :

- l'alimentation calme les symptômes buccaux ;
- ces symptômes sont "oubliés" lorsque le patient est occupé ;
- l'intensité des douleurs est souvent importante ;
- il existe des symptômes psychiques permettant de faire un diagnostic précis : dépression, anxiété, cancérophobie, etc.
- le stress rythme la maladie ;
- une psychothérapie et/ou un traitement psychotrope permettent d'obtenir la guérison.

La stomatodynie peut être le symptôme principal d'une dépression masquée, c'est-à-dire dont les manifestations sont beaucoup plus organiques (douleurs, troubles du sommeil, fatigue) que psychiques. Cette dépression peut être réactionnelle mais le facteur déclenchant est souvent "non exprimé" : "Les non-dits brûlent la bouche". L'enfouissement (le refoulement) de cette souffrance psychique est alors à l'origine de mécanismes de défense bien organisés, conduisant parfois les patients à protester dans un premier temps, lorsqu'on évoque une telle hypothèse. Dans quelques cas, la stomatodynie est associée à une cancérophobie, à une sidophobie ou à une culpabilité après des rapports orogénitaux non protégés.

Le concept de douleur nociplastique s'applique en général bien à la stoma-

todynie [11] : il s'agit d'une douleur qui résulte d'une altération de la nociception en l'absence de preuve évidente d'une lésion tissulaire réelle ou menaçante entraînant l'activation des nocicepteurs périphériques, ou en l'absence de preuve d'une maladie ou d'une lésion du système somatosensoriel à l'origine de la douleur. Ce concept est proche de celui de sensibilisation centrale, associant des mécanismes psychologiques et un remaniement du fonctionnement du système nerveux central et périphérique [12, 13].

■ Thérapeutique

Une revue Cochrane a inclus 23 études comparant une intervention à un placebo [14]. Aucun traitement n'avait d'effet clairement favorable. Avec un niveau de preuve qualifié de très bas, le clonazépam topique (dont la prescription est désormais réservée aux neurologues en France) et les gabapentinoïdes (gabapentine et prégabaline) semblent néanmoins utiles. Quant aux antidépresseurs, aux anticholinergiques et aux benzodiazépines systémiques, les résultats sont qualifiés d'insuffisants ou contradictoires. Il faut quand même noter que quatre études sont en faveur d'un effet favorable à long terme des psychothérapies.

Dans notre pratique, nous utilisons volontiers gabapentine et prégabaline quand une composante neuropathique est au premier plan et les anti-dépresseurs [15-18] (tricycliques mais surtout inhibiteurs de recapture de la sérotonine) quand une composante psychique est au premier plan. Nous utilisons de plus en plus la duloxétine, inhibiteur de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, à la croisée des théories physiopathologiques, et qui a l'autorisation de mise sur le marché pour le traitement de la dépression mais aussi de la douleur. Le traitement pharmacologique doit être prolongé pendant au moins 6 mois et ses premiers effets ne sont souvent observés qu'après 1 mois de traitement.

Une psychothérapie associée est souvent très utile, à condition que les patients évoquent volontier une souffrance psychique et/ou des événements stressants en tant que facteurs de déclenchement. L'annonce du diagnostic est indispensable et permet de mettre (enfin) un nom sur la symptomatologie, ce qui est habituellement très aidant pour les patients, même si expliquer que la cause peut être psychique n'est pas facile, et que cette explication est souvent rejetée initialement. Faire le tour des causes possibles, en recherchant avec le patient des arguments pour ou contre, conduit assez naturellement celui-ci à accepter ce diagnostic étiologique, qui est le plus probable, à défaut d'être certain.

■ Conclusion

La problématique des stomatodynies se rapproche beaucoup de celles des vulvodynies et d'autres symptômes fonctionnels, comme les troubles de l'articulation temporo-mandibulaire ou les douleurs faciales atypiques [19, 20]. Après avoir éliminé et traité toute cause organique, tout en cherchant des arguments pour une cause psychogène ou neurogène, celle-ci est alors retenue. Il ne faut pas proclamer ce diagnostic sans prudence et sans accompagnement, mais bien au contraire proposer des solutions.

BIBLIOGRAPHIE

1. VAILLANT L, GAILLIARD P. Stomatodynies. In: *Dermatologie buccale* (Vaillant L, Goga D, eds). Paris : Doin, 1997.
2. VAILLANT L, GAILLIARD P, HUTTENBERGER B. Stomatodynies. *Réalités Thérapeutiques en dermato-vénérologies*, 2000;6-16.

Le dossier – Peau et psy

3. KILLOUGH S, REES T, LAMEY PJ. Dermographic study of subtypes of burning mouth syndrome in UK and USA populations. *J Dent Res*, 1995;74:892.
4. LAMEY PJ, LAMB AB. Prospective study of etiological factors in burning mouth syndrome. *Br Med J*, 1988;296:1243-1246.
5. MOISSET X, CALBACHO V, TORRES P *et al*. Co-occurrence of pain symptoms and somatosensory sensitivity in burning mouth syndrome: A systematic review. *PLoS One*, 2016;11:e0163449.
6. HUTTENBERGER B, VAILLANT L, MORÈRE JP. Xérostomies révélées par des stomatodynies. *Chir Maxillo-Fac*, 1994;195:120-121.
7. SEVRAIN M, BRENAUT E, LE TOUX G *et al*. Primary burning mouth syndrome: A questionnaire study of neuropathic and psychological components. *Am J Clin Dermatol*, 2016;17:171-178.
8. ORLIAGUET M, MISERY L. Neuropathic and psychogenic components of burning mouth syndrome: A systematic review. *Biomolecules*, 2021;11:1237.
9. MOREAU C, EL HABNOUNI C, LECRON JC *et al*. Salivary metabolome indicates a shift in tyrosine metabolism in patients with burning mouth syndrome: a prospective case-control study. *Pain*, 2023;164:e144-e156.
10. WODA A, TUBERT-JEANNIN S, BOUHASSIRA D *et al*. Towards a new taxonomy of idiopathic orofacial pain. *Pain*, 2005;116:396-406.
11. KOSEK E. The concept of nociplastic pain-where to from here? *Pain*, 2024;165:S50-S57.
12. COHEN SP, VASE L, HOOTEN WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet*, 2021;397:2082-2097.
13. FITZCHARLES MA, COHEN SP, CLAUW DJ *et al*. Nociplastic pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. *Lancet*, 2021;397:2098-2110.
14. McMILLAN R, FORSELL H, BUCHANAN JA *et al*. Interventions for treating burning mouth syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016;11:CD002779.
15. HUANG W, ROTHE MJ, GRANT-KELS JM. The burning mouth syndrome. *J Am Acad Dermatol*, 1996;34:91-98.
16. PINTO A, SOLLECITO TP, DEROSI SS. Burning mouth syndrome. A retrospective analysis of clinical characteristics and treatment outcomes. *NY State Dent J*, 2003;69:18-24.
17. LE TOUX G, FERREIRA F, GUILLET G *et al*. La stomatodynie en consultation de dermatologie buccale. *Ann Dermatol Venereol*, 2006;133:4S78.
18. FLEURET C, LE TOUX G, MORVAN J *et al*. Use of selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of burning mouth syndrome. *Dermatology*, 2014;228:172-176.
19. WODA A, PIONCHON P. A unified concept of idiopathic orofacial pain: clinical features. *J Orofac Pain*, 1999;13:172-184.
20. HAMON B, ORLIAGUET M, MISERY L *et al*. Burning mouth syndrome and pelvodynia: A literature review. *Medicine (Baltimore)*, 2023;102:32648.

L'auteur a déclaré les liens d'intérêts suivants : Lilly, Pfizer, Viatrix.

réalités

Thérapeutiques en DERMATO-VÉNÉROLOGIE

☐ oui, je m'abonne à *Réalités Thérapeutiques en Dermato-Vénérologie*

Médecin: ☐ 1 an: 60 € ☐ 2 ans: 95 €

Étudiant/Interne: ☐ 1 an: 50 € ☐ 2 ans: 70 €
(joindre un justificatif)

Étranger: ☐ 1 an: 80 € ☐ 2 ans: 120 €
(DOM-TOM compris)

Bulletin à retourner à : Performances Médicales
65, rue d'Aguesseau, 92100 Boulogne-Billancourt
Déductible des frais professionnels

Bulletin d'abonnement

Nom:

Prénom:

Adresse:

Ville/Code postal:

E-mail:

Règlement

☐ Par chèque (à l'ordre de Performances Médicales)

☐ Par carte bancaire n°
(à l'exception d'American Express)

Date d'expiration: Cryptogramme:

Signature:



■ Le dossier – Peau et psy

Les troubles factices en dermatologie

RÉSUMÉ : Le trouble factice en dermatologie est un trouble psychiatrique rare caractérisé par des lésions cutanées auto-infligées. Il constitue un véritable défi clinique complexe pour les dermatologues confrontés à ces situations. Ce trouble est le reflet d'une grande souffrance psychologique pour le patient qui n'a pas trouvé moyen de l'extérioriser autrement. Le déni du caractère autoproduit des lésions met en difficulté le dermatologue qui doit, non seulement être capable d'identifier le trouble tout en acceptant, malgré lui parfois, d'être pendant longtemps le seul interlocuteur du patient dans ces prises en charge difficiles. En effet, le maintien de la relation soignant-soigné associé à une collaboration avec un psychiatre ou un psychologue, permettraient d'augmenter les chances de rémission chez ces patients ayant souvent des comorbidités psychiatriques et psychologiques.



F. STEPHAN

Service de Psychiatrie de liaison, CHU de BREST.

Le trouble factice en dermatologie est un trouble psychocutané caractérisé par des lésions auto-infligées de la peau, des cheveux, des ongles et des surfaces muqueuses par les patients eux-mêmes [1]. Les autres termes utilisés dans la littérature pour évoquer ces troubles sont les pathomimies cutanées, le syndrome de Münchhausen [2] ou *dermatitis artefacta* [3]. La production de ces lésions est plus ou moins consciente pour le patient mais, la plupart du temps, il nie la responsabilité de ces actes auto-infligés et demande aux dermatologues de les soigner. La prévalence de ce trouble est difficile à estimer car c'est un trouble rare et sous-diagnostiqué de part sa présentation très hétérogène. Les femmes seraient plus atteintes que les hommes, et exerceraient souvent une profession liée à la santé [1, 2].

Le syndrome de Münchhausen est une variante des troubles factices qui concerne le plus souvent les hommes avec des manifestations somatiques plus "urgentes" ou "flamboyantes". Il évoque une pathologie somatique engageant le pronostic vital (tableaux pseudo-neurologiques, pseudo-embolie pulmonaire).

Le syndrome de Münchhausen par procuration constitue un type de mal-

traitance lorsqu'un parent provoque ou induit les lésions chez un enfant. Le diagnostic est difficile et délicat et peut nécessiter la rédaction d'un recueil d'informations préoccupantes (signalement).

■ Diagnostic

Le diagnostic des troubles factices n'est pas toujours aisé à faire en pratique et nécessite qu'un ensemble de critères soit réuni selon le DSM V-TR [4] :

- la falsification de signes ou des symptômes physiques ou psychologiques, ou l'induction d'une blessure ou d'une maladie, associée à une tromperie identifiée ;
- l'individu se présente aux autres comme étant malade, handicapé ou blessé ;
- le comportement trompeur est évident, même en l'absence de bénéfices externes ;
- le comportement n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental, tel qu'un trouble délirant ou un autre trouble psychotique.

Le diagnostic du trouble factice repose sur l'anamnèse et l'examen clinique, sur tout examen complémentaire nécessaire pour éliminer les troubles

Le dossier – Peau et psy

physiques et sur la démonstration de l'exagération, de la fabrication, de la simulation et/ou de l'induction de symptômes physiques.

Les arguments en faveur du diagnostic sont les suivants :

- cliniquement, les lésions atteignent des zones facilement accessibles par le patient lui-même. Elle peuvent revêtir différentes apparences, apparaissent d'un seul coup, possèdent des limites géométriques, n'induisent pas de plainte douloureuse, récidivent de façon inexpliquée et disparaissent sous pansement occlusif [5] (**tableau I**). Il est fréquent de retrouver dans l'histoire du patient d'autres pathologies (fièvre ou douleurs abdominales inexpliquées, etc.). La présentation des symptômes est parfois exagérément "médicalisée" de la part du patient qui utilise des termes médicaux très précis. L'histoire clinique est souvent vague et les patients peuvent établir des corrélations irréalistes avec les lésions, montrer un manque d'inquiétude et une sous-estimation de la gravité des lésions [6] ;
- le contexte : il touche plus souvent les femmes, travaillant volontiers dans un univers de soins mais les hommes peuvent également être atteints. On retrouve souvent un nomadisme médical ;
- les antécédents de maltraitances, d'abus dans l'enfance, de comorbidités psychiatriques ou psychologiques comme un trouble de la personnalité *borderline*, un épisode dépressif caractérisé, un trouble anxieux, un trouble à symptomatologie somatique ou encore de comorbidités addictives (alcool, cannabis, opioïde) sont fréquents [7] ;
- une relation soignant-soigné particulière, marquée par l'ambivalence du patient vis à vis du dermatologue, qui présente à la fois une dépendance forte à l'autre mais aussi de l'agressivité. Cette relation se modifie avec le temps tant du côté patient que du côté soignant. Il est difficile pour le clinicien de devoir répondre à une demande agressive de guérison tout en étant persuadé du

caractère auto-infligé des lésions. Cela requiert une bonne maturité émotionnelle chez le dermatologue afin de ne pas répondre en miroir à cette agressivité et tenter malgré tout de continuer à soigner ce patient qui vous reproche votre impuissance ;

- enfin, les examens complémentaires sont discordants avec la clinique ou normaux.

Psychopathologie du trouble

Les déterminants psychologiques sous-tendant ce trouble sont multiples. Le désir de la part du patient de jouer un rôle de malade est le plus fréquemment retrouvé. La fabrication des lésions répondrait à un besoin psychologique ou émotionnel de chercher l'attention du soignant. D'autres hypothèses avancées dans les processus psychologiques sous-jacents à ce trouble sont un désir de défier la médecine, une excitation lors de la réalisation d'examens médicaux, la recherche et le maintien d'une relation, une réponse à un événement de vie stressant ou encore la nécessité de se construire une autre identité [2].

Diagnostics différentiels

Les cliniciens doivent garder à l'esprit qu'il existe des diagnostics différentiels (**tableau II**). Notamment les autres lésions auto-infligées (excoriations psychogènes, acné excoriée, onychotillomanie, trichotillomanie) où la prise en charge est bien plus simple et sans déni d'auto-induction. La consultation conjointe d'un dermatologue avec un psychiatre ou un psychologue est parfois nécessaire pour clarifier le diagnostic [8, 9].

Principes de prise en charge

Le facteur le plus important pour tout clinicien est de créer un climat de confiance avec le patient afin d'obtenir une bonne alliance thérapeutique qui sera déterminante pour la suite de la prise en charge. Un des objectifs principaux est de limiter les dommages potentiels liés au trouble factice. Il y a parfois une escalade dans les lésions auto-infligées qu'il est important de prévenir. La confrontation directe, les accusations à l'égard du patient, la recherche de l'aveu ne sont pas utiles et risquent d'entraîner une perte de confiance. Les approches

Manifestations cliniques	Localisations anatomiques
• Érosions superficielles • Macules/papules hyperpigmentées • Excoriations • Nécrose profonde • Dermatoses irritantes • Croûtes • Papules • Cicatrisation	• Visage • Bras non dominant • Dos des mains • Jambes • Cuir chevelu • Tronc • Dos

Tableau I : Manifestations cliniques et localisations anatomiques des troubles factices dermatologiques.

Médicaux	Psychiatriques
• Porphyrie cutanée • Épidermolyse bulleuse • Amylose • Vascularite • Pyoderma gangrenosum • Lymphome cutané • Éruptions médicamenteuses • Syndrome trophique trigéminal	• Dermatillomanie • Délire d'infestation parasitaire • Scarifications • Brûlures • Trichotillomanie • Trouble à symptomatologie somatique • Crainte excessive de la maladie • Simulation • État de stress post-traumatique

Tableau II : Diagnostics différentiels médicaux et psychiatriques.

vous invite à la retransmission
EN DIRECT du symposium
organisé dans le cadre
du **38^e congrès de la FFFCEDV**

Vendredi 21 mars 2025

12h30 – 13h30

Une histoire du temps : progrès de la prise en charge du **PSORIASIS** et de la **PELADE**

- **Introduction sur le psoriasis et la pelade**

Pr Michel D'INCAN (Clermont-Ferrand)

- **Partage d'expérience : psoriasis et choix d'une biothérapie**

Dr Aude CLÉMENT (Clermont-Ferrand)

- **Côté pratique : initiation d'une biothérapie,
bilan pré-thérapeutique et analyse des comorbidités**

Dr Lucie PELLONET (Clermont-Ferrand)

- **Partage d'expérience, fardeau de la maladie
et actualités récentes sur la pelade**

Dr Justine PASTEUR (Clermont-Ferrand)

- **Discussion et questions/réponses**

Cette retransmission sera accessible sur le site :

<https://lillypso2.realites-dermatologiques.com>

La retransmission est strictement réservée aux professionnels de santé **exerçant en France**. Inscription obligatoire.
Avec le soutien technique de Réalités thérapeutiques en Dermato-Vénérologie



Pour votre information, à la suite du décret n°2013-414 du 21 mai 2013 et conformément à l'article 2 de la Loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement sanitaire du médicament et des produits de santé, chaque laboratoire pharmaceutique a dorénavant pour obligation de rendre public a posteriori ce type d'invitation et notamment son objet, date, le montant, la nature des avantages pris en charge et bénéficiaires. Lilly France traite vos données personnelles en raison d'un intérêt légitime de Lilly à communiquer avec vous par exemple au sujet de nos produits, nos services, des recherches scientifiques ou des opportunités de formations. Nous pouvons également utiliser ces données pour respecter nos obligations légales et réglementaires ainsi que pour des finalités de sécurité. Pour exercer vos droits Informatique et Libertés et pour toutes informations sur ce traitement de données, contactez notre délégué à la protection des données par e-mail à privacy@lilly.com. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et vos droits, rendez-vous sur le site : www.lillyprivacy.com/fr-fr/hcp

Le dossier – Peau et psy

non-conflictuelles et empathiques peuvent être utilisées pour l'éducation et le soutien des patients [1, 2, 10].

Pour le dermatologue, il s'agit de :

- focaliser son discours sur le “stress, l'anxiété, la peur”, les liens entre émotions et lésions cutanées plutôt que de décrire uniquement le mécanisme physique des lésions ;
- explorer *a minima* les ATCD psychiatriques (dépression, anxiété), les éléments biographiques ;
- interroger brièvement le patient sur son enfance, son histoire de vie : comment était votre enfance ? Avez-vous eu une enfance compliquée ? Avez-vous été victime de violences, de maltraitances ?
- maintenir des soins dermatologiques ; maîtriser son sentiment de rejet, d'impuissance, d'hostilité ;
- solliciter l'avis d'un autre dermatologue si besoin ;
- faire part au patient de la nécessité d'une aide psychologique/psychiatrique dans la prise en charge.

Les psychologues et les psychiatres jouent, bien entendu, un rôle essentiel. Les traitements psychologiques (thérapie cognitivo-comportementale, psychothérapie psychodynamique, thérapies psychocorporelles, thérapies familiales, EMDR) sont à privilégier en première intention et sont plus efficaces à long terme que les traitements psychotropes [1, 2, 11].

Le traitement dermatologique est particulièrement important dans le cas des

lésions cutanées factices. Des pansements occlusifs permettent parfois aux lésions cutanées de guérir complètement. Des traitements locaux, tels que des solutions antiseptiques, des pommades antibiotiques et des pommades cicatrisantes peuvent être prescrits. Une antibiothérapie adaptée à l'antibiogramme, permet de traiter les infections secondaires de la peau, des tissus sous-cutanés et, parfois, les bactériémies ou les septicémies [1, 8, 12].

Les antidépresseurs (les ISRS, comme la sertraline par exemple) sont utiles en cas de présence d'un épisode dépressif caractérisé ou d'un trouble anxieux sévère. Les anxiolytiques comme l'hydroxyzine ou les benzodiazépines peuvent parfois être utilisés. Enfin, les antipsychotiques (comme l'aripiprazole ou la quétiapine) savent traiter l'impulsivité sous-jacente ou potentialiser l'antidépresseur.

BIBLIOGRAPHIE

1. MUKUNDU NAGESH N, BARLOW R *et al.* Dermatitis artefacta. *Clin Dermatol*, 2023;41:10-15.
2. CONSOLI SG, CHASTAING M, MISERY L. Psychiatrie et dermatologie. *EMC - Dermatol*, 2010;5:1-18.
3. LAVERY MJ, STULL C, MCCAW I *et al.* Dermatitis artefacta. *Clin Dermatol*, 2018;36:719-722.
4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition, Text Revision (DSM-5-TR). American

Psychiatric Association Publishing, Washington DC, 2022:367-370.

5. CONSOLI S. Pathomimie cutanée. Thérapeutique dermatologique. Paris, Médecine-Sciences, Flammarion éd., 2001.
6. OZMEN M, ERDOGAN A, AYDEMIR EH *et al.* Dissociative identity disorder presenting as dermatitis artefacta. *Int J Dermatol*, 2006;45:770-771.
7. RAJKUMAR R. Psychiatric comorbidities in dermatitis artefacta: a systematic review and meta-analysis. *CosmoDerma*, 2021;1:49.
8. TOMAS-ARAGONES L, CONSOLI S, CONSOLI S *et al.* Self-inflicted lesions in dermatology: a management and therapeutic approach – a position paper from the european society for dermatology and psychiatry. *Acta Derm Venereol*, 2017;97:159-172.
9. GIELER U, CONSOLI S, TOMÁS-ARAGONES L *et al.* Self-inflicted lesions in dermatology: terminology and classification – A position paper from the european society for dermatology and psychiatry (ESDaP). *Acta Derm Venereol*, 2013;93:4-12.
10. KANSAL NK. Dermatitis artefacta: an update. *Skinmed*, 2019;17:311-316.
11. NIELSEN K, JEPPESEN M, SIMMELSGAARD L *et al.* Self-inflicted skin diseases: a retrospective analysis of 57 patients with dermatitis artefacta seen in a dermatology department. *Acta Derm Venereol*, 2005;85:512-515.
12. <https://www.editions-larousse.fr/livre/votre-peau-des-choses-vous-dire-9782035961778/>.

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

■ Le dossier – Peau et psy

Manuel de prescription des psychotropes en dermatologie

RÉSUMÉ : Les dermatologues sont régulièrement amenés à prescrire des psychotropes dans leur pratique clinique. En effet, ils sont souvent les seuls interlocuteurs des patients atteints de troubles psychodermatologiques primaires, parmi lesquels on retrouve : le délire d'infestation parasitaire, la trichotillomanie, les troubles factices, les troubles fonctionnels prurigineux ou encore le trouble de dysmorphie corporelle. La thérapie cognitivo-comportementale constitue un traitement de première intention dans la majorité des cas, mais la prescription de psychotropes, tels que les antidépresseurs, les antipsychotiques ou les anxiolytiques, peut parfois s'avérer nécessaire.



F. STEPHAN

Service de Psychiatrie de liaison, CHU de BREST.

En pratique quotidienne, les dermatologues sont régulièrement confrontés à la nécessité de prescrire des psychotropes. En effet, une étude récente menée au Canada, qui a observé durant 5 ans des patients suivis en dermatologie, a montré que plus de 1/4 d'entre eux recevaient au moins un psychotrope, ce qui indique un taux élevé d'affections psychodermatologiques potentielles et/ou de problèmes de santé mentale concomitants en dermatologie [1]. Souvent, les dermatologues sont les premiers interlocuteurs pour les troubles psychodermatologiques primaires pour lesquels les manifestations dermatologiques sont au premier plan, comme dans le délire d'infestation parasitaire, la trichotillomanie, le trouble prurigineux fonctionnel... Dans un premier temps, ces patients sont peu enclins à rencontrer un psychologue ou un psychiatre, ce qui amène le dermatologue à devoir initier la prescription d'un psychotrope. Et bien que cette pratique soit courante, il existe à ce jour peu de recommandations cliniques pour l'aide à la prescription de psychotropes car le nombre d'études randomisées et contrôlées est faible dans la littérature scientifique [2]. Nous espérons fournir

au clinicien une courte liste de médicaments psychiatriques couramment utilisés et des détails sur la façon de les prescrire dans certains troubles psychodermatologiques primaires.

■ Délire d'infestation parasitaire ou syndrome d'Ekbom

Selon le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, cinquième édition (DSM-V), le trouble délirant est défini comme la présence d'un ou de plusieurs délires non bizarres durant au moins 1 mois [3]. Le délire d'infestation parasitaire peut également être classé comme un trouble délirant d'un sous-type somatique qui implique explicitement des fonctions ou des sensations corporelles. Les patients se présentent avec la conviction absolue d'avoir une infection parasitaire malgré toutes les preuves du contraire. À l'examen, ils peuvent présenter des excoriations et des ulcérations dans des zones corporelles accessibles facilement. Les patients peuvent insister sur le fait que les peluches des vêtements et les débris de peau sont la preuve évidente de la présence de parasites ou de larves, et ils

Le dossier – Peau et psy

amènent souvent en consultation une petite boîte contenant ces “parasites”. Une revue récente de la littérature a montré que certains traitements peuvent induire des délires d’infestations parasitaires, tels les antiparkinsoniens, antidépresseurs, antiépileptiques, antibiotiques ou psychostimulants et il est donc nécessaire de faire une enquête étiologique médicamenteuse avant de prescrire un psychotrope [4]. Classiquement, les antipsychotiques de 2^e génération, comme la rispéridone ou l’olanzapine, étaient prescrits en première intention mais une revue systématique de la littérature de 2022 a montré que les patients répondaient mieux avec la prescription d’un antidépresseur type ISRS (la fluoxétine 10 à 20 mg/j ou l’escitalopram 5 à 20 mg/j par exemple) par rapport aux antipsychotiques [5]. Il est de fait relativement fréquent d’avoir un syndrome dépressif avec symptômes psychotiques chez les sujets âgés, ce qui pourrait expliquer l’efficacité des antidépresseurs, d’autant que les antidépresseurs sont aussi le traitement de fond des troubles anxieux sévères. Il faudrait donc rechercher un syndrome dépressif et/ou un syndrome anxieux chez les patients présentant des idées délirantes d’infestation pour choisir le meilleur psychotrope et sans doute prescrire un antidépresseur en 1^{re} intention car les effets secondaires sont moindres qu’avec les antipsychotiques (attention toutefois à l’hyponatrémie qui est fréquente avec les ISRS chez les sujets âgés).

Concernant les antipsychotiques, l’aripiprazole (5 à 15 mg/j) serait le plus efficace. Les autres antipsychotiques les plus utilisés sont la rispéridone (1 à 4 mg/j), l’olanzapine (5 à 15 mg/j) et le pimoziide (1 à 8 mg/j, prescription réservée aux psychiatres). Les antipsychotiques ne sont pas sans effets secondaires. Ils peuvent être responsables de sédation, de syndrome parkinsonien, de prise de poids, de syndrome métabolique, de troubles du rythme, d’hyperprolactinémie et peuvent majorer le

DCI	Posologies	Effets secondaires
Aripiprazole	2 à 15 mg/j	Céphalées, tremblements, akathisie, insomnie
Rispéridone	1 à 4 mg/j	Sédation, syndrome métabolique, majoration risque AVC, hyperprolactinémie
Olanzapine	5 à 15 mg/j	Prise de poids, sédation, syndrome métabolique
Pimoziide	1 à 8 mg/j	Syndrome parkinsonien, effets anticholinergiques

Tableau I : Principaux antipsychotiques.

risque d’AVC chez les sujets âgés, justifiant une durée de prescription limitée à 1 an [6, 7]. Ils nécessitent une surveillance biologique des effets secondaires comme le dépistage d’un syndrome métabolique régulier (**tableau I**).

La trichotillomanie, l’onychophagie, les excoriations cutanées

La trichotillomanie est définie dans le DSM-V comme un arrachage récurrent des cheveux, malgré les efforts pour diminuer ou arrêter le comportement [3]. Ce comportement provoque une détresse significative ou une altération fonctionnelle et ne peut être expliqué par un autre trouble mental, une utilisation de substances ou un état pathologique, c’est-à-dire un processus pathologique dermatologique. La trichotillomanie est reconnue comme un trouble du comportement répétitif centré sur le corps selon DSM-V, tout comme l’onychophagie et les excoriations cutanées [3]. Sur le plan pharmacologique, on retrouve des essais avec les ISRS (sertraline, fluoxétine), les tricycliques (clomipramine) et parfois d’autres molécules comme la N-Acétylcystéine (2 400 mg/j) et la mémantine associés aux ISRS [7]. Une méta-analyse, datant de 2020, sur les essais contrôlés randomisés dans les traitements de la trichotillomanie préconisait l’utilisation de la psychothérapie type TCC en première intention. Pour les médicaments, elle préconisait la clomipramine, la N-Acétylcystéine et l’olanzapine, tout en soulignant que les études sont peu

nombreuses pour conclure définitivement et que ces traitements ont des effets secondaires importants [8].

Les troubles fonctionnels cutanés et muqueux

Ils appartiennent à la catégorie des troubles à symptomatologie somatique dans le DSM V [3] alors que dans le DSM IV, ils étaient classés dans les troubles somatoformes [9]. Le trouble fonctionnel prurigineux et les douleurs cutanéomuqueuses (glossodynies et vulvodynies) font partie du registre “Troubles à symptomatologie somatique avec douleur prédominante et évoluant de manière chronique”, car, le plus souvent, la durée des symptômes est supérieure à 6 mois. Le prurit est une sensation désagréable généralisée ou localisée, associée au besoin ou à l’idée de se gratter. Le trouble fonctionnel prurigineux se définit comme un prurit qui est au centre de la symptomatologie et dans lequel des facteurs psychologiques jouent un rôle important dans sa genèse, son intensité, son aggravation ou sa persistance [10, 11].

Au cours de la glossodynies, des douleurs ou des paresthésies sans lésions visibles associées sont localisées à la langue. Elles peuvent parfois s’étendre au palais, aux lèvres, aux joues et aux gencives; on parle alors de stomatodynie. Enfin, les vulvodynies sont le plus souvent caractérisées par des douleurs persistantes de la région vulvaire à type de brûlure. Ces sensations peuvent s’étendre à tout le périnée et en particu-

L'ACNÉ PEUT MARQUER À VIE

AKNE+EMMA
#POURLAVIE



EPIDUO® 0,3% / 2,5%, gel

adapalène / peroxyde de benzoyle



Flacon 30 g

Flacon 45 g

Lorsque l'ensemble du visage est atteint par de nombreuses papulopustules, un bénéfice clinique plus élevé a été observé chez les patients traités avec EPIDUO 0,3% / 2,5% gel par rapport au traitement de référence (EPIDUO 0,1% / 2,5% gel). Le prescripteur peut choisir entre les deux dosages en fonction de l'atteinte et de la gravité clinique du patient. Un dosage plus faible d'EPIDUO est disponible (EPIDUO 0,1% / 2,5% gel) et ce dosage doit être envisagé chez les patients atteints d'acné vulgaire modérée.

L'utilisation d'EPIDUO 0,3% / 2,5% gel n'est pas recommandée chez les patients atteints d'acné nodulaire sévère ou d'acné nodulo-kystique en raison du risque de réponse thérapeutique insuffisante.¹

La combinaison peroxyde de benzoyle + rétinoïde local est recommandée pour le traitement des acnés légères (grade 2), moyennes (grade 3) associée ou non à une cycline per os, et sévères (grade 4) en association avec une cycline per os.²

1. Résumé des caractéristiques du produit • 2. Recommandations de bonne pratique de prise en charge de l'acné : "Traitement de l'acné par voie locale et générale" élaborées par la SFD et labellisées par la HAS le 10 juin 2015

Pour une information complète, consultez le RCP du produit sur la base de données publique des médicaments <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

Liste I • Non remb. Séc Soc. • Non agréé coll.

GALDERMA

Le dossier – Peau et psy

DCI	Posologies	Effets secondaires
Sertraline (ISRS)	50 à 200 mg/j	Nausées, douleurs abdominales en début de traitement, sueurs
Fluoxétine (ISRS)	10 à 60 mg/j	Demi-vie longue (14 j), Nausées, douleurs abdominales en début de traitement
Escitalopram (ISRS)	5 à 20 mg/J	Nausées, douleurs abdominales en début de traitement, allongement QTc
Duloxétine (IRSNA)	30 à 120 mg/j	Prise de poids, sevrage difficile ++
Mirtazapine (antagoniste alpha 2)	15 à 45 mg/j	Prise de poids, sédation
Amitriptyline (tricyclique)	5 à 25 mg/j	Prise de poids, sédation, effets anticholinergiques
Clomipramine (tricyclique)	50 à 150 mg/j	Prise de poids, sédation, effets anticholinergiques
ISRS : Inhibiteur spécifique de la recapture de la sérotonine, IRSNA : Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline		

Tableau II : Les principaux antidépresseurs.

lier à l'anus [10]. Sur le plan médicamenteux (**tableau II**), les antidépresseurs, tels que les ISRS (sertraline, paroxétine, fluoxétine, escitalopram), les IRSNA (duloxétine) et les antagonistes alpha-2 (mirtazapine) sont utilisés. Ils sont aussi efficaces dans les prurits non psychogènes [12]. La duloxétine a l'AMM dans les douleurs neuropathiques. La mirtazapine (à prendre au coucher) est préconisée dans les prurits "nocturnes" car c'est un antidépresseur sédatif qui aide à l'endormissement. On utilise aussi parfois des anxiolytiques comme l'hydroxyzine. Son avantage est de ne pas créer de dépendance mais il peut allonger le QTc et être trop sédatif pour les patients, ce qui limite parfois son utilisation. Dans les glossodynies, une revue de la littérature récente a montré que les psychothérapies type TCC sont efficaces. Sur le plan médicamenteux, le clonazépam (0,5 à 2 mg/j) et la capsaïcine disposaient des meilleures preuves d'efficacité. Néanmoins, la primo-prescription du clonazépam est réservée aux neurologues ou aux pédiatres. Les antidépresseurs et les antiépileptiques sont souvent prescrits car efficaces dans les douleurs chroniques et sur les troubles psychiatriques comorbides mais nécessitent d'être mieux étudiés dans cette indication [13].

Enfin, le traitement des vulvodynies passe par une prise en charge multimodale (rééducation, activités physiques, TENS, psychothérapies type TCC ou hypnose). La lidocaïne 5 % en crème associée à un antidépresseur tricyclique (désipramine, non disponible en France, pouvant être remplacée par l'amitriptyline ou l'imipramine) ainsi que le diazépam en suppositoire (non disponible en France) combiné au TENS ont démontré une efficacité [14].

Trouble de dysmorphie corporelle

Il est classé dans le DSM-V parmi les troubles obsessionnels et compulsifs (TOC) et apparentés, et qualifié d'"obsession d'une dysmorphie corporelle" en raison de la nature compulsive du trouble et de l'existence de comportements ou

d'actes mentaux répétitifs [3, 15]. Ces préoccupations sur le corps sont intrusives, non désirées et chronophages (prenant en moyenne 3 à 8 heures par jour). Elles peuvent concerner tout le corps ou partie (nez, cuir chevelu, sphère génitale, par exemple). La prévalence de ce trouble est élevée chez les patients atteints d'acné, de psoriasis ou de vitiligo (9 à 15 % contre 2 % dans la population générale), avec une fréquence accrue des comorbidités psychiatriques, telles que la dépression, les troubles anxieux ou les troubles de la personnalité [16]. (**tableau III**). Encore une fois, les psychothérapies type TCC sont préconisées. Les antidépresseurs type ISRS, IRSNA et tricycliques sont efficaces dans les TOC. Il est parfois nécessaire de prescrire des posologies plus élevées que dans la dépression (ex : fluoxétine 60 mg/j) et le temps entre deux augmentations de posologie est plus élevé que dans la dépression (8 à 12 semaines dans le TOC vs 4 à 6 semaines dans la dépression).

Conclusion

La prescription de psychotropes est courante au cours de la consultation de dermatologie car les dermatologues sont souvent les premiers interlocuteurs dans les troubles psychodermatologiques primaires. Néanmoins, cette prescription n'est jamais anodine et elle est loin d'avoir fait ses preuves en pratique. Une prise en charge multidisciplinaire est souvent préconisée. L'idéal est de pouvoir adresser les patients à des consultations de psychodermatologie mais il est également possible et utile d'orienter les patients vers un psychologue ou un

DCI	Posologies	Effets secondaires
Clonazépam (BZD)	0,5 mg à 2 mg/j	Sédation, dépendance, accoutumance
Hydroxyzine	25 à 100 mg/j	Sédation, prise de poids, allongement QTc
Duloxétine	30 à 120 mg/j	Prise de poids, sevrage difficile ++
BZD : Benzodiazépine		

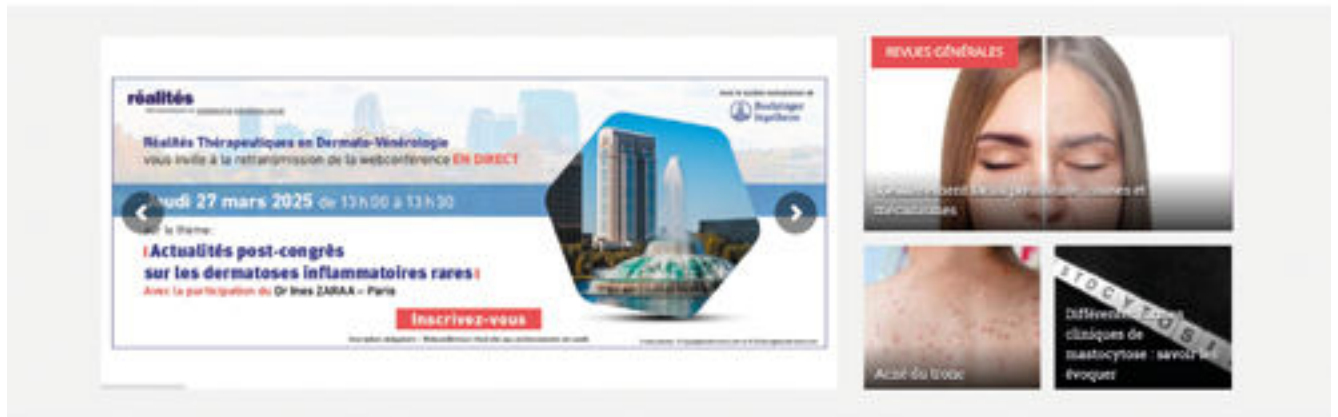
Tableau III : Les principaux anxiolytiques.

psychiatre en informant le patient que la psychothérapie est, dans de nombreuses situations, le traitement de première intention le plus efficace.

BIBLIOGRAPHIE

1. TURK T, DYTOC M, YOUNGSON E *et al.* Estimated frequency of psychodermatologic conditions in Alberta, Canada. *J Cutan Med Surg*, 2021;30-37.
2. TURK T, LIU C, FUJIWARA E *et al.* Pharmacological interventions for primary psychodermatologic disorders: an evidence mapping and appraisal of randomized controlled trials. *J Cutan Med Surg*, 2023;27:140-149.
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition, Text Revision (DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing, Washington DC, 2022:367-370.
4. KEMPERMAN PMJH, BRUIJN TVM, VULINK NCC *et al.* Drug-induced delusional infestation. *Acta Derm Venereol*, 2022; 102:adv00663.
5. LU JD, GOTESMAN RD, VARGHESE S *et al.* Treatments for primary delusional infestation: systematic review. *JMIR Dermatol*, 2022;5:e34323.
6. WEBER MB, RECUERO JK, ALMEIDA CS. Use of psychiatric drugs in Dermatology. *An Bras Dermatol*, 2020;95:133-143.
7. SHENOI S, SOMAN S, MUNOLI R *et al.* Update on pharmacotherapy in psychodermatological disorders. Indian Farhat LC, Olfson E, Nasir M *et al.* Pharmacological and behavioral treatment for trichotillomania: An updated systematic review with meta-analysis. *Depress Anxiety*, 2020;37:715-727.
8. DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris: Masson; 2003.
9. CONSOLI SG, CHASTAING M, MISERY L. Psychiatrie et dermatologie. *EMC - Dermatol*, 2010;5:1-18.
10. ROQUE FERREIRA B, MISERY L. Characteristics of psychogenic pruritus or functional itch disorder: A Controlled Study. *Acta Derm Venereol*, 2024;104:adv41352.
11. PATEL P, PATEL K, PANDHER K *et al.* The role of psychiatric, analgesic, and antiepileptic medications in chronic pruritus. *Cureus* [Internet]. 17 août 2021 [cité 8 déc 2024]; Disponible sur: <https://www.cureus.com/articles/66068-the-role-of-psychiatric-analgesic-and-antiepileptic-medications-in-chronic-pruritus>
12. TAN HL, SMITH JG, HOFFMANN J *et al.* A systematic review of treatment for patients with burning mouth syndrome. *Cephalalgia*, 2022;42:128-61.
13. SCHLAEGER JM, GLAYZER JE, VILLEGAS-DOWNS M *et al.* Evaluation and treatment of vulvodynia: state of the science. *J Midwifery Womens Health*, 2023;68:9-34.
14. CONSOLI SG, CHASTAING M, MISERY L. Psychiatrie et dermatologie. *EMC - Dermatol*, 2010;5:1-18.
15. LI V, FRASIER K, WOOLHISER E *et al.* Exploring the Intersection of Body Dysmorphic Disorder (BDD) and Dermatological Conditions: A Narrative Review. *Dermatol Ther*, 2024;14:2693-708.

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



REVUES GÉNÉRALES

22 février 2025

Acné du tronc

L'acné est un motif fréquent de consultation en dermatologie. Elle affecte le plus souvent le visage mais peut également toucher le tronc. Peu de données sont disponibles concernant la prévalence de l'acné du tronc, son évaluation, l'impact sur la qualité de vie et les recommandations de prise en charge.

Cet article présente une synthèse des données récentes sur l'acné du tronc et la nouvelle échelle d'évaluation TRASS proposée par le GEA pour aider à la prise en charge.



REVUES GÉNÉRALES

18 février 2025

Principales pathologies en proctologie que le dermatologue doit connaître

C'est la panique quand le patient vous demande de regarder cette lésion qui est apparue au niveau de l'anus ! Mais une démarche clinique rigoureuse et systématique permet de s'y retrouver. Tout d'abord, il faut distinguer les pathologies purement proctologiques (hémorroïdaires et suppuratives), des maladies dermatologiques, vénériennes (en recrudescence actuellement). Une attention particulière sera donnée aux lésions dues aux papillomavirus de type condyloïdes et léions dysplasiques, dont la prise en charge particulière est codifiée. Enfin, le prurit anal qui est le plus souvent essentiel, fera rarement découvrir un schéma plan ou un lichen sclééro-atrophique.



REVUES GÉNÉRALES

14 février 2025

Différentes formes cliniques de mastocytose : savoir les évoquer



REVUES GÉNÉRALES

13 février 2025

Vieillesse faciale prématuro : causes et mécanismes



■ Le dossier – Peau et psy

EN PRATIQUE, ON RETIENDRA

La nouvelle classification psychodermatologique internationale

- Deux catégories principales de troubles sont présentées : troubles psychiques affectant la peau ; maladies cutanées influencées par la santé mentale, elles mêmes subdivisées en sous-groupes.
- Des aspects importants de l'examen dermatologique, à savoir, la présence de lésions cutanées visibles (lésions cutanées primaires et secondaires), et des corrélats psychopathologiques, ont été considérés.
- Dans les troubles mentaux primaires affectant la peau, cinq sous-groupes ont été considérés : troubles psychotiques ; troubles obsessionnels compulsifs et troubles connexes ; troubles addictifs non liés à une substance ; troubles auto-infligés non suicidaires ; symptômes somatiques et troubles apparentés.
- Dans les troubles cutanés primaires liés à la santé mentale, deux sous-groupes ont été considérés : dermatoses primaires et troubles fonctionnels cutanés.

Les stomatodynies

- Les stomatodynies ne sont pas dues à des maladies muqueuses.
- Leur origine est plutôt neurologique (neuropathie des petites fibres) ou psychologique (dépression masquée), selon les patients.
- Le traitement repose surtout sur les gabapentinoïdes et les antidépresseurs mais d'autres possibilités existent.
- Les psychothérapies peuvent être utiles, que l'on considère les troubles psychiques associés comme cause ou conséquence.

Les troubles factices en dermatologie

- Les patients s'infligent eux-mêmes les lésions dans un état de conscience plus ou moins clair et en nient la responsabilité.
- Les troubles factices traduisent une grande souffrance psychique que le patient ne peut pas exprimer autrement.
- Il ne faut pas chercher absolument à obtenir l'aveu des patients ni lui signifier directement sa responsabilité.
- Le dermatologue doit accepter d'être longtemps le seul interlocuteur du patient et tolérer au mieux ces prises en charges souvent émaillées d'échecs.
- La collaboration avec un psychiatre ou un psychothérapeute est préconisée.

Manuel de prescription des psychotropes en dermatologie

- Dans le délire d'infestation parasitaire, les antidépresseurs seraient plus efficaces que les antipsychotiques.
- La psychothérapie type TCC est préconisée en 1^{re} intention, ou en association avec un psychotrope, dans la plupart des troubles psychodermatologiques primaires.
- La prévalence du trouble dysmorphie corporelle est très élevée chez les patients atteints de maladies dermatologiques.
- Il existe encore peu d'études médicamenteuses contrôlées et randomisées dans les troubles psychodermatologiques primaires.

■ Revues générales

Recommandations et consensus d'experts internationaux sur la place des dermocosmétiques dans la prise en charge de l'acné

RÉSUMÉ : L'acné est une affection cutanée fréquente qui touche principalement les adolescents, mais peut également être présente chez l'adulte [1]. Malgré les avancées dans la compréhension des mécanismes physiopathologiques de l'acné, tels que l'influence hormonale, l'hyperkératinisation, l'inflammation impliquant le microbiome, la gestion optimale de cette affection reste un défi clinique [2].

→ M.-T. LECCIA¹, J.-P. CLAUDEL², B. DRÉNO³

¹ Service de Dermatologie, CHU de GRENOBLE.

² Dermatologue, TOURS.

³ Service de Dermatologie, CHU de NANTES.

Un aspect crucial dans le traitement de l'acné est la place des dermocosmétiques [3].

Ces derniers sont de plus en plus nombreux sur le marché. Jusqu'à récemment, il n'existait pas de consensus clair parmi la communauté scientifique et médicale internationale quant à leur place et intérêt dans l'acné, les différentes guidelines nationales et internationales ne les incluant pas dans leurs recommandations.

L'absence de données comparatives rigoureuses et d'études cliniques de qualité, induit un doute dans l'esprit du dermatologue quant à la place réelle des cosmétiques dans l'acné [3-6]. Ainsi, il était devenu impératif d'établir un consensus international tenant compte des spécificités des régions du monde, pour guider la prescription des dermocosmétiques, dans l'objectif final d'améliorer le traitement des patients acnéiques.

Dans ce contexte, un groupe d'experts internationaux s'est réuni pour établir des recommandations sur la place des dermocosmétiques dans l'acné [3].

Dans un premier temps, le groupe d'experts a classé les dermocosmétiques en deux groupes : dermocosmétiques quotidiens et dermocosmétiques actifs.

■ Les dermocosmétiques quotidiens

Les études montrent que l'acné est associée à une altération de la barrière cutanée et une dysbiose du microbiome cutané [7]. Les soins quotidiens pour les peaux acnéiques doivent inclure des gels nettoyants, des crèmes hydratantes et produits de protection solaire adaptés [8]. Les gels nettoyants de pH acide aident à refaire le film lipidique de surface modifié dans l'acné, à protéger le microbiome cutané et l'hydratation cutanée. Un pH basique, habituel dans tous les savons, affecte la fonction barrière et favorise le maintien de la dysbiose. Les crèmes hydratantes appliquées le matin permettent de réparer les altérations de la barrière cutanée liées à l'acné et aux traitements anti-acnéiques. Elles pour-

ront contenir des ingrédients pré- ou post-biotiques aidant à rétablir l'équilibre du microbiome.

Pour la protection solaire, la crème apparaît comme la galénique la plus adaptée et devra protéger non seulement des UVB mais aussi des UVA, UVA longs/ultra-longs et de la lumière bleue pour prévenir l'hyperpigmentation postinflammatoire, surtout pour les peaux foncées [9].

■ Les dermocosmétiques actifs

Les dermocosmétiques actifs, sont des produits de soin de la peau qui contiennent des ingrédients actifs. Ils visent à traiter les lésions de l'acné minime, maintenir le résultat thérapeutique en fin de traitement anti-acnéique médicamenteux, et avoir une action synergique avec ces derniers (*tableau I*) [3].

Dans un deuxième temps, le groupe d'experts a revu la littérature des études cliniques sur les cosmétiques dans l'acné, et a proposé une évaluation de ces études basée sur une classification canadienne [3], afin d'établir des recommandations sur la place des

cosmétiques dans la prise en charge de l'acné minime à sévère (**tableau II**).

Certaines limites méthodologiques ont été identifiées dans les études évaluées, notamment l'hétérogénéité des ingrédients et des produits dermocosmétiques, des durées d'étude courtes (8 semaines ou moins) et des cohortes souvent de petite taille, ce qui empêche une analyse statistique robuste. De plus, les concentrations de certains ingréd-

dients sont parfois inconnues, ce qui rend difficile de tirer des conclusions précises sur leur efficacité.

Pour établir les recommandations, les experts ont utilisé la méthode Delphi [10].

Les recommandations ont identifié deux situations d'utilisation des dermocosmétiques :

– en monothérapie dans l'acné minime et en traitement d'entretien pour maintenir

le résultat obtenu avec les médicaments anti-acnéiques ;

– en association avec les médicaments anti-acnéiques.

Une échelle de 1 à 5 est souvent utilisée pour évaluer le degré de consensus ou d'accord sur une proposition. Elle se présente généralement ainsi :

1 : Pas du tout d'accord/Très faible importance

2 : Plutôt en désaccord/Importance faible

3 : Neutre/Importance modérée

4 : Plutôt d'accord/Importance élevée

5 : Tout à fait d'accord/Importance très élevée

■ Conclusion

Ce consensus d'experts montre que les dermocosmétiques doivent être intégrés dans le traitement de l'acné. Les recommandations présentées sont basées sur un algorithme clinique pratique, montrant que les dermocosmétiques peuvent être utilisés, soit en monothérapie dans les formes légères d'acné et/ou pour

Catégorie	Ingrédients
Kératolytiques	Acide alpha-hydroxy, gluconolactone, acide glycolique, HEPES, acide linoléique, acide lipohydroxy, papaine, dérivés du rétinol, acide salicylique
Agents anti-inflammatoires	Bakuchiol, extraits de graines de bixa orellana, décanediol, acide gallique, lactobacillus, licochalcone A, niacinamide, panthénol, salix alba, isoflavone de soja, zinc
Agents régulateurs du sébum	Bakuchiol, extraits de graines de bixa orellana, ECGC, niacinamide, zinc
Agents antimicrobiens	AMP, bakuchiol, BPO, décanediol, acide gallique, Lactobacillus plantarum, acide laurique, mannose, piroctone olamine, Vitreoscilla filiformis (APF), zinc
Protection de la barrière cutanée et du microbiome	Céramides/procérames, glycérine, HEPES, mannose, niacinamide, panthénol, beurre de karité, Vitreoscilla filiformis (APF), zinc

Tableau I : Principaux ingrédients actifs présents dans les dermocosmétiques [3].

Acné	Légère	Modérée	Sévère
Ingrédients clés pour le nettoyage Propriétés	Kératolytique, régulateur de sébum, protecteur de la barrière cutanée et du microbiome, pH entre 4,7 et 5,75 + sans savon		
Monothérapie Ingrédients clés et propriétés	Kératolytique : acide glycolique, gluconolactone, HEPES, LHA, acide linoléique, papaine, dérivés du rétinol, acide salicylique Anti-inflammatoire : bakuchiol, décanediol, acide gallique, licochalcone A, niacinamide, panthénol, isoflavone de soja, zinc Régulation du sébum : bakuchiol, ECGC, L-carnitine, niacinamide, zinc Antimicrobien : peptides antimicrobiens, bakuchiol, BPO (peroxyde de benzoyl), décanediol, acide gallique, acide laurique, mannose, piroctone olamine, Vitreoscilla filiformis (APF), zinc Protection de la barrière cutanée et du microbiome : céramides/procerad, glycérine, HEPES, mannose, niacinamide, panthénol, beurre de karité, Vitreoscilla filiformis (APF), zinc		
En association Ingrédients clés et propriétés			
Thérapie d'entretien Ingrédients clés et propriétés	Kératolytique : acide glycolique, HEPES, LHA, acide linoléique, dérivés du rétinol, acide salicylique Anti-inflammatoire : bakuchiol, décanediol, licochalcone A, niacinamide, panthénol, zinc Régulation du sébum : bakuchiol, ECGC, L-carnitine, niacinamide, Zinc Antimicrobien : bakuchiol, BPO (peroxyde de benzoyl), décanediol, mannose, piroctone olamine, Vitreoscilla filiformis (APF), zinc Protection de la barrière cutanée et du microbiome : céramides/procerad, glycérine, HEPES, mannose, niacinamide, panthénol, beurre de karité, Vitreoscilla filiformis (APF), zinc		

Tableau II : Recommandations des experts sur la place des dermocosmétiques dans la prise en charge de l'acné.

Revue générale

En monothérapie
Recommandation 1 : l'utilisation régulière de dermocosmétiques contenant des ingrédients ciblant l'acné peut être recommandée pour améliorer la sévérité globale de l'acné chez les patients souffrant de formes légères d'acné ; la qualité des preuves est faible à modérée mais montre une tendance positive, en accord avec notre expérience clinique.
Recommandation 2 : l'utilisation régulière de dermocosmétiques contenant des ingrédients ciblant l'acné peut être recommandée pour réduire les lésions acnéiques chez les patients souffrant de formes légères d'acné ; la qualité des preuves est faible à modérée mais montre une tendance positive, en accord avec notre expérience clinique.
Recommandation 3 : dans le cas de l'acné légère, l'utilisation régulière de dermocosmétiques contenant des ingrédients ciblant l'acné assure une bonne tolérance et doit être recommandée , car cela pourrait améliorer l'adhésion au traitement, comme le montrent les preuves de faible qualité et notre expérience clinique.
Recommandation 4 : dans le cas de l'acné légère, l'utilisation régulière de dermocosmétiques contenant des ingrédients visant à réduire le sébum chez les patients à peau grasse peut être envisagée , comme le suggère une qualité de preuves faible à modérée et notre expérience clinique.
Recommandation 5 : l'utilisation régulière de dermocosmétiques contenant des ingrédients ciblant l'acné peut être utile en tant que traitement d'entretien et peut être recommandée pour minimiser l'apparition de nouvelles lésions après un traitement prescrit contre l'acné, comme le suggère une qualité de preuves faible.
En association avec les traitements anti-acnéiques
Recommandation 1 : l'utilisation régulière de dermocosmétiques en complément des thérapies topiques et systémiques contre l'acné peut être recommandée pour améliorer la tolérance des traitements susceptibles de provoquer des irritations, sur la base de preuves de qualité faible à modérée et de notre expérience clinique.
Recommandation 2 : l'utilisation régulière de dermocosmétiques en complément, avec des ingrédients actifs, peut réduire le sébum ou avoir un effet positif sur la fonction barrière de la peau , notamment en améliorant l'hydratation de la peau et en diminuant la perte insensible en eau (PIE), comme le suggère une base de preuves de faible qualité. Toutefois, le bénéfice positif est en accord avec notre expérience clinique.
Recommandation 3 : un effet positif de l'utilisation régulière de dermocosmétiques sur l'adhésion au traitement avec des produits prescrits contre l'acné, en particulier avec les rétinoïdes oraux ou topiques, en raison d'une meilleure tolérance, est soutenu par des preuves de qualité faible à modérée ; l'utilisation de dermocosmétiques dans ce contexte peut être recommandée.
Recommandation 4 : les preuves de faible qualité et notre expérience clinique suggèrent que l'utilisation régulière de dermocosmétiques (avec des ingrédients hydratants) dès le début et tout au long d'un traitement contre l'acné pourrait potentiellement améliorer les résultats cliniques .
Recommandation 5 : chez les patients à peau foncée souffrant d'acné, l'hyperpigmentation postinflammatoire est très courante. Dans ces conditions, pour la contrôler et contrôler l'acné, le traitement aux rétinoïdes topiques doit être la première ligne de traitement. Les dermocosmétiques contenant des ingrédients actifs peuvent aider à prévenir et traiter l'hyperpigmentation postinflammatoire en combinaison avec une protection solaire quotidienne.

maintenir un résultat thérapeutique, soit associés aux traitements anti-acnéiques avec un effet synergique sur la diminution des lésions inflammatoires et rétionnelles, la tolérance, et la diminution du sébum.

Ainsi, la dermocosmétique s'impose comme faisant partie de la prise en charge thérapeutique de l'acné.

BIBLIOGRAPHIE

1. VASAM M, KORUTLA S, BOHARA RA. Acne vulgaris: A review of the pathophysiology, treatment, and recent nanotechnology based advances. *Biochem Biophys Rep*, 2023; 23:36:101578.
2. ARAVIISKAIA E, DRÉNO B. The role of topical dermocosmetics in acne vulgaris. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2016;30:926-35.

3. THIBOUTOT D, LAYTON AM, TRAORE I *et al*. International expert consensus recommendations for the use of dermocosmetics in acne. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2024.
4. DRAELOS ZD. The effect of a daily facial cleanser for normal to oily skin on the skin barrier of subjects with acne. *Cutis*, 2006;78:34-40.
5. ARAVIISKAIA E, LOPEZ ESTEBARANZ JL, PINCELLI C. Dermocosmetics: beneficial adjuncts in the treatment of acne vulgaris. *J Dermatolog Treat*, 2021;32:3-10.
6. HWANG BK, LEE S, MYOUNG J *et al*. Effect of the skincare product on facial skin microbial structure and biophysical parameters: a pilot study. *Microbiology*, 2021;10:e1236.
7. DRENO B, THIBOUTOT D, GOLLNICK H *et al*. Large-scale worldwide observational study of adherence with acne therapy. *Int J Dermatol*, 2010;49:448-456.
8. WONGTADA C, PROMBUTARA P, ASAWANONDA P *et al*. Distinct skin microbiome modulation following different topical acne treatments in mild acne vulgaris patients: a randomized, investigator-blinded exploratory study. *Exp Dermatol*, 2023;32:906-914.
9. HWANG BK, LEE S, MYOUNG J *et al*. Effect of the skincare product on facial skin microbial structure and biophysical parameters: a pilot study. *Microbiology*, 2021;10:e1236.
10. DALKEY N, HELMER O. An experimental application of the Delphi method to the use of experts. *Manag Sci*, 1963;9: 195-204.

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

EFFACLAR

MICROBIOME
SCIENCE

RÉPOND À 100%
AU CONSENSUS
DERMOCOSMÉTIQUE
D'AGNÉ

VOTRE PROTOCOLE ANTI-IMPERFECTIONS

HYGIÈNE

EFFACLAR
GEL MOUSSANT
PURIFIANT



+

SOIN

EFFACLAR
DUO+M



VOTRE PROTOCOLE HYDRATANT, APAISANT ET ANTI-MARQUES

HYGIÈNE

EFFACLAR H
ISO-BIOME
CRÈME LAVANTE



+

SOIN

EFFACLAR H
ISO-BIOME



■ Revues générales

Prescrire une biothérapie en dermatologie : quelles sont les recommandations vaccinales ?

RÉSUMÉ : Les biothérapies ont transformé le traitement de nombreuses maladies dermatologiques au prix d'une augmentation modérée du risque infectieux. La vaccination est un moyen efficace et bien toléré pour contrer un nombre croissant d'agents infectieux. Si les vaccins vivants atténués restent contre-indiqués au cours de ces traitements, leur prescription est possible à condition de respecter des délais de sécurité avant (4 à 6 semaines) ou après (3 à 6 mois) la prescription de la biothérapie. Les vaccins inactivés doivent être, quant à eux, systématiquement proposés, sans délai, aux patients susceptibles de recevoir une biothérapie. Dans cette population, les recommandations concernent à la fois la mise à jour du calendrier vaccinal et l'administration systématique des vaccins saisonniers contre la grippe et le Covid-19 ainsi que les vaccins contre le pneumocoque et le zona.



F. CAMOU

Service de Médecine interne et Maladies infectieuses, Hôpital Haut-Lévêque, CHU de BORDEAUX.

■ Contexte

Les thérapies biologiques immuno-modulatrices ciblées dont le site d'action, au contraire des inhibiteurs de JAK, est extracellulaire, ont transformé le traitement du psoriasis et de la dermatite atopique. Elles offrent une efficacité accrue et moins d'effets secondaires par rapport aux traitements systémiques antérieurs au prix d'un surrisque infectieux. Le blocage du TNF α (ou de son récepteur), cytokine clé de l'immunité innée, interrompt ou perturbe le relargage de nombreuses molécules et cytokines impliquées dans le contrôle de pathogènes très divers, principalement à développement intracellulaire. Commercialisés depuis plus de 25 ans, le risque infectieux des anti-TNF α est parfaitement documenté et anticipé, notamment en matière de réactivation tuberculeuse ou virale (VZV, VHB) ou d'augmentation des infections en général, notamment respiratoires [1, 2]. Certaines données suggèrent un gradient de risque croissant entre étanercept, ada-

limumab et infliximab [3]. Les autres biothérapies prescrites en dermatologie ciblant notamment IL12, IL23, IL4 et IL13 sont susceptibles de perturber autant l'immunité innée que l'immunité adaptative. En pratique clinique, ces biothérapies n'augmentent que modérément le risque d'infections respiratoires hautes bénignes mais n'exposent pas à un surrisque d'infections sévères [3, 4]. À l'instar des mesures d'hygiène générale (lavage des mains, mesures barrières...), la vaccination est un moyen efficace et bien toléré de prévention de nombreuses infections. La fin de la prescription initiale hospitalière obligatoire de ces traitements biologiques est l'occasion d'une mise au point s'agissant des vaccinations à disposition.

■ Principes de vaccination

Un vaccin est un produit biologique destiné à induire en toute sécurité une réponse immunitaire ("efficacy") susceptible de prévenir la survenue d'une

PODCASTS

La peau dans tous ses états

Retrouvez le dernier podcast de cette série réalisée par
Réalités Thérapeutiques en Dermato-Vénérologie
sur le thème : **La décision médicale partagée**
par le Dr Hélène AUBERT



sur le site : www.realites-dermatologiques.com

avec le soutien institutionnel du laboratoire

sanofi

Revue générale

infection et/ou de réduire la sévérité de ses manifestations cliniques (“*effectiveness*”). Peu de données sont disponibles s’agissant du corrélat entre la réponse immunologique (titre d’anticorps) et la protection vis-à-vis de la maladie. La pleine efficacité du vaccin débute généralement 2 semaines après l’injection, délai nécessaire à la production des anticorps [5]. On distingue les vaccins vivants atténués (**tableau I**) et les vaccins inactivés ou inertes (**tableau II**).

Cible	Maladie ou agent infectieux ciblé
À cible virale	● Choléra ● Chikungunya ● Dengue ● Fièvre jaune ● Mpox (variole et variole du singe) ● Rougeole, oreillons, rubéole ● Rotavirus ● Varicelle ● Zona
À cible bactérienne	● BCG ● Typhoïde (vaccin buvable)

Tableau I : Vaccins vivants atténués, commercialisés en France au 1^{er} janvier 2025.

Cible	Type de vaccin		Maladie ou agent infectieux ciblé	Adjuvant
À cible virale	Entiers		Encéphalite japonaise	oui
			Encéphalite à tiques	oui
			Hépatite A (également disponible en vaccin combiné à l’hépatite B)	oui
			Poliomyélite (disponible uniquement en vaccin combiné ^{1, 2})	oui
			Rage	-
	Sous-unitaires		Grippe (virus fragmenté ou antigènes de surface)	-
			Hépatite B	oui
			Papillomavirus (HPV) bivalent ou nonavalent	oui
			VRS	-
			VRS	oui
À cible bactérienne	ARN messenger		Zona	oui
			Covid-19	-
	Entiers		VRS	-
			Choléra (vaccin buvable)	-
	Sous-unitaires	Anatoxine	Leptospirose	-
			Diphtérie et Tétanos (disponible uniquement en vaccin combiné ^{1, 2})	oui
		Polysaccharides capsulaires non conjugués	Pneumocoque 23-valent	oui
			Typhoïde (vaccin injectable)	-
		Polysaccharides capsulaires conjugués	<i>Haemophilus influenzae</i> b (également disponible en vaccin combiné ¹)	-
			Méningocoques A-C-W-Y	-
			Pneumocoque 13-valent et 20-valent	oui
			Pneumocoque 15-valent	-
	Protéines		Coqueluche acellulaire (disponible uniquement en vaccin combiné ^{1, 2})	oui
			Méningocoque B	oui

Tableau II : Vaccins inactivés commercialisés en France au 1^{er} janvier 2025. ¹ Trois types de vaccins combinés de primo-vaccination (pédiatriques) sont commercialisés : tétravalents : diphtérie à dose standard “D” + tétanos + coqueluche à dose standard “Ca” + poliomyélite ou pentavalents = tétravalent + *Haemophilus influenzae* B ou hexavalents = pentavalent + hépatite B. ² Un seul vaccin combiné de rappel (adultes) tétravalent est commercialisé : diphtérie à dose réduite “d” + tétanos + coqueluche à dose réduite “ca” + poliomyélite.

Ces derniers peuvent être entiers ou ne concerner qu'une fraction de l'agent infectieux. La sous-unité immunogène peut être issue de l'agent infectieux (protéine purifiée, toxine inactivée = anatoxine) ou d'origine synthétique (protéine recombinante, peptide, polysaccharide). Les vaccins sous-unitaires sont généralement mieux tolérés mais perdent en immunogénicité. Afin de l'accroître sans augmenter, ni la quantité d'antigènes par dose, ni le nombre de doses nécessaires pour assurer une bonne immunisation, des adjuvants sont ajoutés à de nombreux vaccins inactivés sous-unitaires (**tableau II**). Les sels d'aluminium (hydroxydes et phosphates d'aluminium) figurent parmi les adjuvants les plus anciens et les plus utilisés dans le monde. S'agissant des vaccins sous-unitaires polysaccharidiques, leur conjugaison à une protéine augmente significativement la réponse immunitaire en termes de spécificité et de durabilité, en raison de la réponse lymphocytaire T qui se cumule à la seule réponse humorale induite par les polysaccharides non conjugués [5]. Enfin, depuis la pandémie de Covid-19, de nouvelles plateformes de conception de vaccins ont été développées exploitant des acides nucléiques, des vecteurs viraux ou des particules pseudo-virales permettant de s'affranchir du recours à des agents infectieux vivants ou à des adjuvants, sans compromettre la réponse vaccinale.

Depuis août 2023, les infirmiers et les pharmaciens, après une formation préalable, peuvent prescrire et administrer les vaccins mentionnés au calendrier des vaccinations selon les recommandations aux personnes âgées de 11 ans et plus, à l'exception des vaccins vivants chez les personnes immunodéprimées.

Seul l'antécédent d'allergie grave (immédiate ou retardée) documentée à l'un des composants du vaccin est une contre-indication jusqu'à la réalisation d'un bilan allergologique complet. L'autre contre-indication temporaire concerne

le recours aux vaccins vivants en cas d'immunodépression.

Un patient sous traitement anticoagulant, thrombopénique ou hémophile peut être vacciné en intramusculaire à condition de réaliser une injection lente et d'exercer une compression douce pendant 5 minutes après la vaccination.

Hormis la réaction allergique, la douleur au point d'injection et la survenue d'un syndrome pseudo-grippal de moins de 72 h, les effets indésirables des vaccins sont exceptionnels, y compris chez les immunodéprimés. Aucune étude pharmacéo-épidémiologique rigoureuse n'a montré d'association statistiquement significative entre la vaccination et la survenue de scléroses en plaques, de syndromes de Guillain-Barré ou d'autres maladies auto-immunes, de myofasciites à macrophages ou d'autisme, comparativement à une population non vaccinée et exposée à des agents infectieux.

Chaque année, la commission technique des vaccinations de la Haute Autorité de Santé émet des recommandations vaccinales, publiées, après délibération, par le ministère chargé de la santé fixées sous forme d'un calendrier des vaccinations. La dernière version publiée

en décembre 2024, dresse la liste des vaccinations obligatoires et recommandées dans la population générale ainsi que dans certaines populations d'immunodéprimés, en complément des préconisations du Haut Conseil de la Santé Publique, publiées en 2015, qui restent d'actualité [6, 7]. Enfin, chaque année, des recommandations vaccinales dédiées aux voyageurs, immunodéprimés ou non, sont publiées [8].

■ Recommandations vaccinales

1. Biothérapies et vaccins vivants (**fig. 1** et **tableau III**)

De façon générale, les personnes traitées par biothérapie ou immunodéprimées ne doivent pas recevoir de vaccins vivants en raison du risque de survenue d'une maladie post-vaccinale. Cependant, le recours à ces vaccins est parfois nécessaire. Il est notamment recommandé d'immuniser les patients séronégatifs vis-à-vis de la varicelle ou de la rubéole, notamment en cas de prescription d'anti-TNF α . Par ailleurs, le vaccin contre la fièvre jaune est obligatoire pour se rendre en Guyane et le vaccin contre Mpox peut être préconisé dans certains groupes à risque. Pour réaliser ces vaccinations

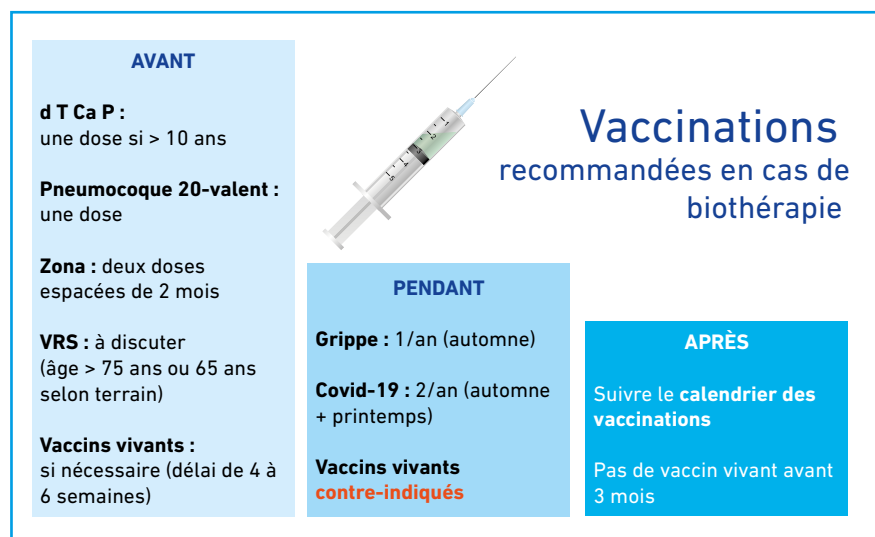


Fig. 1 : Préconisations vaccinales en cas de biothérapie.

Revue générale

Type de vaccin		Avant le traitement		Pendant le traitement	≥ 3 mois après l'arrêt du traitement#
		Délai minimum	Modalité		
Vaccins inactivés	d-T-ca-P	2 semaines #	Selon la date du précédent rappel	Tous les 10 ans	Selon le calendrier de la population générale
	Grippe	2 semaines #	Une dose chaque automne	Une dose chaque automne	
	Covid-19	2 semaines #	Une dose chaque automne et chaque printemps	Une dose chaque automne et chaque printemps	
	Pneumocoque (20-valent)	2 semaines #	Une dose unique	Pas de rappel recommandé	
	VRS	2 semaines #	Selon le calendrier de la population générale	Pas de rappel recommandé	
	Zona	2 semaines #	Deux doses espacées de 2 mois	Pas de rappel recommandé	
Vaccins vivants	BCG	Contre-indiqué			
	R-O-R	4 semaines	Une dose unique si patient né après 1980 et incomplètement vacciné ou séronégatif	Contre-indiqué	Possible sur avis spécialisé (délai de 6 mois pour la fièvre jaune et de 1 an pour la varicelle)
	Fièvre jaune	4 semaines	Une dose sur indication spécifique*		
	Varicelle	6 semaines	Si sérologie négative		
	Mpox	4 semaines	Trois doses sur indication spécifique		

* La validité administrative du Certificat international de vaccination anti-marielle est à vie (recommandation de l'OMS depuis le 11 juillet 2016) mais le HCSP recommande une 2^e dose si la primo-vaccination date de plus de 10 ans pour les personnes immunodéprimées. # 6 à 12 mois en cas de traitement anti-CD20.

Le respect de ce délai n'est pas impératif (hors anti-CD20, la diminution de l'efficacité vaccinale sous biothérapie est incertaine et concerne principalement les anti-TNFα).

Tableau III : Biothérapies et vaccinations communes (adapté de [6, 7, 10, 12]).

en toute sécurité, il est recommandé de respecter un délai de 4 (cas général) à 6 semaines (varicelle) entre la dernière injection vaccinale et le début de la biothérapie ou de réaliser la vaccination plus de 6 mois (12 mois pour la varicelle) après la fin du traitement (**tableau III**). Il est habituel de respecter un intervalle de 1 mois entre deux vaccins vivants atténués.

2. Biothérapies et vaccins inactivés (**tableau III**)

Les vaccins recommandés sont, d'une part, ceux du calendrier des vaccinations de la population générale qui sont à adapter à l'âge du patient et, d'autre part, des vaccins spécifiquement recommandés dans le cadre de l'immunodépression, quel que soit l'âge.

Les patients prévoyant de voyager justifient d'être orientés vers un centre de médecine des voyages pour envisager les vaccinations spécifiques (méningocoques, hépatite A, typhoïde, encéphalites, Mpox...) et réaliser, le cas échéant, la vaccination anti-marielle qui permet la délivrance du certificat international de vaccination.

Les recommandations qui peuvent être faites pour les patients et leurs proches sont essentiellement basées sur un accord professionnel (avis d'expert). Lorsque des études sont disponibles, elles sont d'un faible niveau de preuve scientifique.

Contrairement aux biothérapies ciblant spécifiquement la réponse lymphocytaire B (anti-CD20) et, dans une moindre

mesure, les anti-TNFα, les biothérapies prescrites en dermatologie, n'altèrent pas l'efficacité des vaccins inactivés [9-12].

Rappels vaccinaux

● Diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche

Dans la population générale, les rappels vaccinaux sont recommandés aux âges fixes de 25 ans, 45 ans et 65 ans puis tous les 10 ans. Quel que soit l'âge, ils sont recommandés tous les 10 ans chez les immunodéprimés. Le rappel inclut une dose réduite d'anatoxine diphtérique "d" et une dose réduite de la valence coqueluche "ca". Il n'existe qu'une seule spécialité commercialisée pour réaliser ces rappels.

● Hépatite B

La vaccination anti-hépatite B n'est pas systématiquement recommandée avant la prescription d'une biothérapie. En l'absence de primo-vaccination, elle peut être proposée aux patients à risques (partenaires multiples, proches atteints d'hépatite B, séjours en zone d'endémie, transfusions répétées, transplantés, professionnels de santé...) suivant un schéma à dose renforcée : quatre doses de 40 µg : M0 M1 M2 et M6. En cas d'antécédent de vaccination (groupe à risque, obligation professionnelle), un rappel vaccinal est recommandé si le titre d'anticorps anti-HBs < 10 UI/L.

● HPV

La vaccination anti-HPV est recommandée pour toutes les personnes de moins de 19 ans et pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes jusqu'à l'âge de 26 ans : trois doses (M0 M2 et M6) en l'absence de primo-vaccination avant l'âge de 15 ans.

● Une dose vaccinale anti-méningococcique tétravalente A-C-W-Y est recommandée en rattrapage vaccinal chez les personnes jusqu'à l'âge de 24 ans révolus.

■ Vaccins saisonniers

Sont recommandées en cas de prescription d'une biothérapie :

● La vaccination anti-Covid-19, qui est préconisée chaque automne, comme chez les personnes à partir de 65 ans et chez les personnes à risque de forme grave. Une seconde injection est également recommandée chaque printemps pour les personnes immunodéprimées et pour les personnes à partir de 80 ans. La seule spécialité vaccinale commercialisée en France début 2025, est un vaccin monovalent souche omicron JN.1 dont l'efficacité vaccinale est de 95 %.

POINTS FORTS

- Les biothérapies prescrites en dermatologie ont transformé la prise en charge de nombreuses pathologies au prix d'une légère augmentation du risque infectieux.
- La vaccination est un moyen simple et bien toléré de prévention de nombreuses infections.
- Les vaccins vivants atténués sont contre-indiqués en cours de traitement mais peuvent être réalisés en amont de la biothérapie, quand l'exposition à un risque spécifique le justifie.
- Hormis les anti-TNFα qui la diminue modérément, l'efficacité vaccinale est globalement conservée sous biothérapie.
- Avant toute biothérapie, il est recommandé de mettre à jour le calendrier des vaccinations et de proposer aux patients, quel que soit leur âge, les vaccinations saisonnières ainsi que les vaccinations contre le pneumocoque et le zona.

● La vaccination **antigrippe**, qui est préconisée chaque automne chez les personnes à partir de 65 ans et celles à risque de grippe sévère ou compliquée. En 2025, seules trois spécialités quadrivalentes sont commercialisées en France (**tableau II**). Selon la composition vaccinale qui est modifiée chaque année suivant les préconisations de l'OMS, l'efficacité vaccinale varie entre 20 et 80 %.

Ces deux vaccinations saisonnières peuvent être administrées simultanément.

■ Vaccins spécifiques

La prescription d'une biothérapie conduit également à recommander systématiquement deux autres vaccinations :

● Anti-pneumocoque

Avec la mise à disposition du vaccin conjugué 20-valent, les recommandations ont été simplifiées : une dose unique pour les adultes immunodéprimés ou à risque d'infection invasive, non antérieurement vaccinés. Pour les personnes n'ayant reçu antérieurement qu'une seule dose de vaccin antipneumococcique non conjugué

23-valent ou qu'une seule dose de vaccin antipneumococcique conjugué 13-valent, il est recommandé d'administrer une dose unique de VCP-20 si la vaccination remonte à plus de 1 an. Pour les personnes déjà vaccinées par la séquence VPC-13-VPP-23, il est recommandé de respecter un délai de 1 an avant d'administrer une dose unique de VPC-20. L'efficacité vaccinale du VPC-20 n'a pas été spécifiquement évaluée : elle était de 85 % chez l'enfant avec le vaccin 13-valent.

● Anti-zona

La vaccination par un vaccin recombinant, contenant l'antigène glycoprotéine E et un adjuvant, est recommandée chez tous les adultes immunodéprimés ou à partir de 65 ans. Deux doses vaccinales doivent être injectées à 2 mois d'intervalle. Le délai peut être diminué à 1 mois et s'allonger jusqu'à 6 mois. En cas de zona, de nombreux experts suggèrent de vacciner dès la cicatrisation. En cas d'antécédent de vaccination par l'ancien vaccin vivant, un délai de 1 an doit être respecté. L'efficacité vaccinale a été démontrée dans la population des immunodéprimés en termes d'incidence de zona dans l'année suivant la

Revue générale

vaccination (65 à 87 %) et de douleurs post-zostériennes. Il n'existe aucune recommandation en matière de rappel, la durée de protection serait d'au moins 2 à 3 ans [13, 14].

Faute d'études dédiées, la vaccination anti-VRS (dose unique) n'est recommandée que chez les femmes enceintes entre les 32^e et 36^e semaines d'aménorrhée et les personnes de plus de 75 ans ou de plus de 65 ans ayant une affection respiratoire chronique ou cardiaque. L'efficacité vaccinale des trois vaccins commercialisés varie entre 65 % et 83 % [15-17]. La vaccination peut être coadministrée avec la vaccination antigrippale et anti-Covid-19. En l'état actuel de la réglementation, la prescription du vaccin en dehors des recommandations reste à la charge des patients (autour de 200 €).

Conclusion

La vaccination est un moyen simple et efficace de prévenir de nombreuses infections. La prescription d'une biothérapie en dermatologie est l'occasion de mettre à jour le calendrier vaccinal des patients et de leur proposer, quel que soit leur âge, des vaccinations complémentaires saisonnières (grippe et Covid-19) ou non (pneumocoque, zona).

BIBLIOGRAPHIE

1. SALLIOT C, GOSSEC L, RUYSSSEN-WITRAND A *et al.* Infections during tumour necrosis factor-alpha blocker therapy for rheumatic diseases in daily practice: a systematic retrospective study of 709 patients. *Rheumatology (Oxford)*, 2007; 46:327-334.
2. BADDLEY JW, CANTINI F, GOLETTI D *et al.* ESCMID Study Group for Infections in Compromised Hosts (ESGICH) Consensus Document on the safety of targeted and biological therapies: an infectious diseases perspective (Soluble immune effector molecules [I]: anti-tumor necrosis factor-alpha agents). *Clinical microbiology and infection: the official publication of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*, 2018; 24 Suppl 2: S10-S20.
3. DAVIS JS, FERREIRA D, PAIGE E *et al.* Infectious complications of biological and small molecule targeted immunomodulatory therapies. *Clin Microbiol Rev*, 2020;33.
4. WINTHROP KL, MARIETTE X, SILVA JT *et al.* ESCMID Study Group for Infections in Compromised Hosts (ESGICH) Consensus Document on the safety of targeted and biological therapies: an infectious diseases perspective (Soluble immune effector molecules [II]: agents targeting interleukins, immunoglobulins and complement factors). *Clinical microbiology and infection: the official publication of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*, 2018; 24 Suppl 2: S21-S40.
5. POLLARD AJ, BIJKER EM. A guide to vaccinology: from basic principles to new developments. *Nat Rev Immunol*, 2021; 21:83-100.
6. Ministère de la Santé et de l'accès aux soins. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales, 2024: 1-98.
7. HSCP. Vaccination des personnes immunodéprimées ou aspléniques. Recommandations actualisées, 2015:1-168.
8. HCSP. Recommandations sanitaires 2024 aux voyageurs, 2024:1-215.
9. FAN R, COHEN JM. Vaccination recommendations for psoriasis and atopic dermatitis patients on biologic therapy: a practical guide. *Yale J Biol Med*, 2022;95:249-255.
10. CHAT VS, ELLEBRECHT CT, KINGSTON P *et al.* Vaccination recommendations for adults receiving biologics and oral therapies for psoriasis and psoriatic arthritis: Delphi consensus from the medical board of the National Psoriasis Foundation. *J Am Acad Dermatol*, 2024;90:1170-81.
11. ALEXANDER JL, MORAN GW, GAYA DR *et al.* SARS-CoV-2 vaccination for patients with inflammatory bowel disease: a British Society of Gastroenterology Inflammatory Bowel Disease section and IBD Clinical Research Group position statement. *Lancet Gastroenterol Hepatol*, 2021;6:218-224.
12. FURER V, RONDAAN C, HEIJSTEK MW *et al.* 2019 update of EULAR recommendations for vaccination in adult patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis*, 2020;79:39-52.
13. ZERBO O, BARTLETT J, FIREMAN B *et al.* Effectiveness of recombinant zoster vaccine against herpes zoster in a real-world setting. *Ann Intern Med*, 2024; 177:189-195.
14. DAGNEW AF, ILHAN O, LEE WS *et al.* Immunogenicity and safety of the adjuvanted recombinant zoster vaccine in adults with haematological malignancies: a phase 3, randomised, clinical trial and post-hoc efficacy analysis. *Lancet Infect Dis*, 2019;19:988-1000.
15. WILSON E, GOSWAMI J, BAQUI AH *et al.* Efficacy and Safety of an mRNA-Based RSV PreF Vaccine in Older Adults. *N Engl J Med*, 2023;389:2233-2244.
16. PAPI A, ISON MG, LANGLEY JM *et al.* Respiratory syncytial virus prefusion f protein vaccine in older adults. *N Engl J Med*, 2023; 388:595-608.
17. FELDMAN RG, ANTONELLI-INCALZI R, STEENACKERS K *et al.* Respiratory syncytial virus prefusion f protein vaccine is efficacious in older adults with underlying medical conditions. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 2024; 78:202-209.

L'auteur a déclaré les liens d'intérêts suivants: Astra Zeneca (interventions ponctuelles), Gilead (frais de congrès), Janssen (interventions ponctuelles), Pfizer (interventions ponctuelles, frais de congrès), Sanofi (interventions ponctuelles, frais de congrès), Shionogi (frais de congrès).

■ Revues générales

Pathologies cutanées de la personne âgée

RÉSUMÉ : La France, comme tous les autres pays industrialisés, connaît actuellement une augmentation importante et rapide du pourcentage de sa population âgée de plus de 75 ans. La prise en charge des patients âgés, en particulier de ceux présentant de multiples comorbidités, peut être complexe et l'équilibre entre excès et sous-médication difficile à atteindre. La richesse de sa spécialité va conduire le dermatologue à prendre en charge le patient âgé pour de multiples motifs. Cet article présente les spécificités diagnostiques et thérapeutiques des dermatoses fréquemment rencontrées chez le sujet âgé, tout en les intégrant au contexte gériatrique.



H. COLBOC

Service de Gériatrie, plaies et cicatrisation, Hôpital Rothschild, PARIS.

■ Prise en charge du patient âgé en dermatologie : quel besoin pour quel défi ?

La France, comme tous les autres pays industrialisés, connaît actuellement une augmentation importante et rapide du pourcentage de sa population âgée de plus de 75 ans. Ce phénomène est la conséquence naturelle de l'augmentation de l'espérance de vie et du baby-boom survenu au décours de la Seconde Guerre mondiale. Ainsi, il est estimé que la proportion de Français de plus de 65 ans atteindra 25 % en 2030 [1]. Le poids démographique des Français de plus de 85 ans augmentera encore plus rapidement, pour atteindre environ 2,5 millions en 2030 [1]. Avec de telles modifications de la structure démographique, tous les soignants, y compris les dermatologues, seront confrontés aux multiples défis que représente la prise en charge des patients âgés.

Pourtant, pour beaucoup de médecins, la prise en charge de ces patients, en particulier de ceux présentant de multiples comorbidités et/ou des syndromes gériatriques (confusion, chutes, escarres, déclin fonctionnel et cognitif,

incontinence...), est difficile. Le concept de fragilité du sujet âgé a été développé dans ce contexte : il oppose le sujet âgé "en forme", avec une bonne autonomie fonctionnelle au sujet âgé "fragile", vulnérable, avec des limitations fonctionnelles et une baisse des capacités d'adaptation. Chez le sujet âgé fragile, une pathologie, même mineure, risque d'entraîner une perte d'autonomie fonctionnelle et des conséquences en cascade. Pour ces patients en particulier, il peut être très difficile de trouver le bon équilibre entre excès de médication et sous-médication, justifiée par le fameux adage "*primum non nocere*". La difficulté décisionnelle dans ce contexte a été montrée en cancérologie où une association négative entre sous-médicalisation et pronostic du cancer a été montrée [2]. Ces décisions médicales difficiles doivent être guidées par une évaluation du contexte médical et social du patient âgé. Un exemple de questions pouvant être posées par le dermatologue pour réaliser cette évaluation est présenté dans la **tableau I**.

La richesse de sa spécialité va conduire le dermatologue à prendre en charge le patient âgé pour de multiples motifs : cancérologie, pathologies

Revue générale

1. Avez-vous besoin d'aide au domicile ?
2. Depuis le début des symptômes qui vous amènent à consulter, avez-vous eu plus besoin d'aide ?
3. Avez-vous été hospitalisé 1 ou plusieurs jours ces derniers mois ?
4. Dans la vie quotidienne, souffrez-vous de problèmes de vue ?
5. Dans la vie quotidienne, souffrez-vous de problèmes de mémoire ?
6. Prenez-vous plus de trois médicaments par jour ?

Tableau 1 : Exemple de questions simples pour dépister la fragilité.

inflammatoires, plaies, etc. L'objectif de cet article est de présenter les dermatoses les plus fréquemment rencontrées chez le sujet âgé, ainsi que leurs spécificités diagnostiques et thérapeutiques.

Vieillesse cutanée pathologique : la dermatoporose et ses complications

Le terme de dermatoporose, en analogie à l'ostéoporose, a été proposé par Saurat en 2007 pour définir l'ensemble des manifestations liées au vieillissement cutané entraînant une fragilité et une insuffisance cutanées [3].

Le diagnostic positif de dermatoporose repose sur l'association de trois lésions élémentaires, prédominantes sur les zones photo-exposées : l'atrophie cutanée, le purpura de Bateman et les pseudo-cicatrices stellaires (**fig. 1A**). La littérature rapporte une prévalence de la dermatoporose atteignant plus de 30 % chez les patients de plus de 60 ans [4] ; les facteurs de risque identifiés sont l'âge, la corticothérapie locale ou systémique, les anticoagulants et l'insuffisance rénale chronique [5].

La dermatoporose se complique volontiers de déchirures cutanées (**fig. 1B**) et plus rarement d'hématome disséquant (**fig. 1C**).

La déchirure cutanée est généralement causée par un traumatisme mineur, qui peut survenir au cours de l'habillage ou de la mobilisation assistée, entraînant la formation d'un lambeau, pouvant

secondairement se nécroser. Lorsqu'elles sont localisées aux membres inférieurs et associées à des comorbidités souvent présentes chez le sujet âgé (artériopathie oblitérante des membres inférieurs, insuffisance veineuse), les déchirures cutanées peuvent évoluer vers l'ulcère de jambe. Il convient d'appliquer des pansements non adhésifs, avec une flèche indiquant le sens de retrait du pansement afin d'éviter de décoller le lambeau à chaque réalisation du soin (**fig. 2**).

L'hématome disséquant constitue une complication plus rare mais grave de la



Fig. 1 : A : Lésions élémentaires typiques de la dermatoporose. B : Déchirure cutanée avec perte partielle du lambeau cutané. C : Hématome disséquant du membre inférieur avec nécrose cutanée étendue en regard.

dermatoporose [6]. Il est la conséquence d'un saignement entre l'hypoderme et le fascia musculaire. Il se constitue rapidement et peut être de volume très important. Il est en général associé, dans les jours suivant sa constitution, à l'apparition d'une nécrose cutanée du toit de l'hématome. Par ailleurs, par son volume, il peut entraîner des conséquences hémodynamiques, engageant le pronostic vital du patient. Le traitement consiste en une mise à plat, avec décaillotage, déterision éventuellement associée à un geste hémostatique si le saignement reste actif. Pour obtenir au fond de ces plaies un tissu



Fig. 2 : A : Patient présentant une dermatoporose très évoluée, avec application à tort de pansement adhésif. B : Apparition des nouvelles plaies consécutivement à l'ablation des pansements. C : Type de pansement à préférer : non adhésif, flèche indiquant le sens de retrait du pansement.



Fig. 3 : A : Dispositif lavable et réutilisable, permettant de protéger les membres. B : Protège ridelle sur lit médicalisé.

de granulation satisfaisant, il est souvent nécessaire d'utiliser un dispositif de thérapie par pression négative avant d'envisager, dans un deuxième temps, une greffe de peau.

La prise en charge des patients présentant une dermatoporse doit donc reposer sur la prévention des traumatismes, y compris minimes, pouvant causer ces complications : éducation du personnel soignant, protection des membres (**fig. 3A**), protection du mobilier pouvant blesser (**fig. 3B**) prévention des risques de chute avec adaptation du mobilier au domicile et correction des troubles visuels.

Les plaies aiguës et chroniques du sujet âgé

La prise en charge des plaies est une problématique récurrente en gériatrie. Les plaies aiguës peuvent survenir dans de nombreuses situations : postopératoires, post-traumatiques (en particulier dans les contextes de troubles du comportement avec chutes et déambulations), iatrogène (en particulier chez les patients présentant une dermatoporse) ou auto-induites, en particulier chez le patient présentant des troubles cognitifs avec stéréotypie gestuelle (ensemble de



Fig. 4 : Pyoderma gangrenosum du dos du pied satellite d'une polyarthrite rhumatoïde chez une patiente de 90 ans.

gestes sans signification évidente, reproduits de façon répétitive, jusqu'à entraîner des lésions). En outre, le patient âgé présente souvent de multiples comorbidités favorisant la survenue de plaies chroniques, ulcères de jambe, escarres et plaies du pied diabétique. La prévalence de ces plaies est plus importante dans la population gériatrique, atteignant par exemple, pour l'ulcère de jambe,

5 % chez les plus de 80 ans [7]. Bien que l'insuffisance veineuse et/ou artérielle soient les causes les plus fréquentes d'ulcères de jambe chez le sujet âgé, le contexte gériatrique ne doit pas faire exclure une plaie d'étiologie plus rare, et la biopsie cutanée doit être considérée dans certaines situations (**fig. 4**).

La fréquence et la multiplicité de ces plaies n'est pas la seule problématique à laquelle se trouve confronté le dermatologue. Ces plaies s'intègrent en effet volontiers dans un contexte compliquant la prise en charge : trouble cognitif, isolement social, dénutrition, psychose (**fig. 5**), comorbidités cardiovasculaires, insuffisance rénale... Une étude a ainsi montré une association entre ulcère artériel et démence vasculaire [8]. Ces troubles cognitifs sont à l'origine de difficultés de réalisation des pansements mais aussi de manipulation des pansements et/ou des plaies par le patient.



Fig. 5 : Cuisine et salle de bain d'une patiente prise en charge pour ulcère veineux de jambe et présentant, par ailleurs, un syndrome de Diogène. L'état du domicile, et particulièrement de la salle de bain et de la cuisine, rend impossible la réalisation des soins d'ulcère et un apport nutritionnel satisfaisant.

Revue générale



Fig. 6 : Incurie, onychogriphose et déformation ostéo-articulaire entraînant un risque majeur de survenue de plaies.

L'isolement social de certains patients peut être associé à des états d'incurie pouvant générer des plaies, aiguës ou chroniques. Citons ainsi les plaies des pieds induites par une absence de soins de pédicurie, potentiellement aggravées par une onychogriphose, fréquente chez le sujet âgé (**fig. 6**).

Les challenges de cette prise en charge nécessitent souvent la mobilisation d'une équipe multidisciplinaire spécialisée au sein d'un environnement adapté. Limiter "l'accès à la plaie" est tout particulièrement utile chez ces patients, en utilisant, par exemple, des bandages cohésifs et des dispositifs couvrants, comme les "grenouillères", tenue une pièce dont la fermeture éclair dans le dos n'est pas accessible au patient.

Néoplasies cutanées et sujet âgé

Tout comme les plaies, la prévalence des cancers de la peau augmente avec l'âge. Dans les situations gériatriques

complexes, où se pose la question d'un traitement oncologique optimum ou non, la prise en charge doit toujours être encadrée par une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) (**fig. 7**). Celle-ci se fera de préférence en présence du patient et de son aidant principal, en particulier si le patient présente des troubles cognitifs, et tiendra compte de ses comorbidités. La présence d'un gériatre ou oncogériatre peut alors être d'une aide précieuse.

Cette RCP permettra de répondre aux questions suivantes : le patient va-t-il mourir de cette néoplasie cutanée ? L'évolution de cette néoplasie risque-t-elle d'avoir des conséquences fonctionnelles pour le patient ? Le patient est-il capable de supporter un traitement oncologique optimum, et si non quelles sont les autres options thérapeutiques ? [9]

Un exemple de prise en charge non chirurgicale chez un patient âgé serait



Fig. 7 : Deux exemples de prise en charge oncodermatologique complexe chez des patients âgés. **A :** Patiente en bon état général, ayant pour seul antécédent des troubles cognitifs non explorés, présentant une lésion de la pommette droite extrêmement suspecte de mélanome de Dubreuilh. La patiente refusera toute prise en charge. **B :** Patiente adressée dans le service pour prise en charge d'ulcère artériel de la jambe gauche. À l'admission, découverte d'une lésion pigmentée de la plante du pied conduisant au diagnostic de mélanome homolatéral, dont la prise en charge postopératoire a été compliquée par l'artériopathie sous-jacente.



Fig. 8 : Tumeur dite "historique" du pli inguinal chez un homme de 87 ans : maladie de Paget extra-mammaire. Après RCP, il est décidé la réalisation de radiothérapie palliative à visée hémostatique.

ainsi, pour un carcinome épidermoïde cutané, de la radiothérapie externe, de la curiethérapie ou encore de la radiochimiothérapie.

Le caractère inopérable de la néoplasie peut aussi être dû à une localisation complexe ou au caractère très évolué de celle-ci. En effet, il n'est pas rare de voir chez le patient âgé des tumeurs "historiques", pouvant atteindre un stade très évolué pour de multiples raisons : localisation, isolement social, trouble cognitif ou psychiatrique, déni (**fig. 8**).

Penser aux dermatoses fréquentes

De nombreuses dermatoses, infectieuses ou inflammatoires, touchent le sujet âgé. Leur présentation peut être typique, ou non, rendant le diagnostic parfois difficile. On peut ainsi citer le psoriasis inversé, souvent pris à tort pour un intertrigo candidosique ou pour une dermite associée à l'incontinence chez le patient âgé (**fig. 9A**). L'absence de réponse au traitement antifongique adapté est un élément devant faire évoquer le diagnostic et conduire à une corticothérapie locale.

Le patient âgé peut aussi être sujet à des poussées d'eczéma atopique ou à des eczémas de contact. Citons l'eczéma



Fig. 9 : A: Psoriasis inversé chez un patient incontinent et grabataire. B: "Lucky Luke syndrome". C: Dermite associée à l'incontinence.

de contact, parfois observé chez les patients incontinents, responsable de lésions bilatérales en regard des hanches ("Lucky Luke syndrome") et parfois sur le bas du dos et le bas du ventre, zones en contact direct avec la partie plastifiée des protections (**fig. 9B**).

Le terme de dermite associée à l'incontinence désigne des dermatites d'irritation non spécifiques, chez les patients incontinents, survenant volontiers au cours des épisodes diarrhéiques (**fig. 9C**). La prise en charge de celle-ci repose sur des soins d'hygiène fréquents et adaptés (changes réguliers, lavage à l'eau et au savon, séchage en tamponnant) ainsi que sur l'utilisation d'une crème barrière.

POINTS FORTS

- La France connaît une augmentation importante et rapide du pourcentage de sa population de plus de 75 ans.
- La richesse de sa spécialité conduit le dermatologue à prendre en charge les personnes âgées dans de multiples situations.
- Une prise en charge collaborative, multidisciplinaire et adaptée est essentielle chez le sujet âgé comorbide.
- L'évaluation rigoureuse médicale, mais également sociale et psychique est la clef d'une prise en charge réussie du sujet âgé fragile.

Les infections fongiques sont fréquemment rencontrées chez le sujet âgé. La prise en charge de l'intertrigo inter orteil ne doit pas être négligée, car celui-ci constitue volontiers une porte d'entrée infectieuse bactérienne. Là encore, la prescription dermatologique doit prendre en compte les comorbidités du patient. Ainsi, les antifongiques azolés, même topiques, peuvent déséquilibrer un traitement par antivitamine K.

■ Prurit

Le prurit est une plainte très fréquente dans la population gériatrique. Yalçin *et al.* rapportent ainsi une prévalence de près de 20 % chez les patients de plus de 85 ans [10].

Les causes du prurit du sujet âgé sont multiples ; certaines sont à évoquer plus particulièrement sur ce terrain comme les pédiculoses, la gale, la pemphigoïde bulleuse, les lymphomes cutanés, etc.

La pemphigoïde bulleuse, pathologie dermato-gériatrique par excellence, doit être évoquée facilement, y compris en cas de lésions de topographie atypique (**fig. 10A**) ou en cas de prurit sur lésion urticaire sans bulle (**fig. 10B**). Il convient alors de réaliser une biopsie cutanée avec immunofluorescence.

La xérose, touchant jusqu'à 50 % de ces patients, aggrave le prurit, quelle

que soit sa cause ; sa prise en charge est donc essentielle [11] mais ne doit pas se substituer au diagnostic et à la prise en charge spécifique des dermatoses. Chez ces patients souvent polymédiqués, il convient également de reprendre la liste des traitements et de rechercher une imputabilité médicamenteuse au prurit (inhibiteur de l'enzyme de conversion, inhibiteur calcique).

Outre la prise en charge étiologique et la prise en charge de la xérose, une prise



Fig. 10 : A: Pemphigoïde bulleuse dysidrosique des mains. B: Pemphigoïde bulleuse se présentant sous forme de placard urticaire avec multiples excoriations et quelques érosions post-bulleuses.

Revue générale

en charge médicamenteuse du prurit peut être proposée. Celle-ci devra, bien entendu, être adaptée à la fonction rénale et sa tolérance devra être surveillée de près, certains de ces traitements pouvant être sédatifs et responsables de chutes chez les patients âgés fragiles.

En première intention, il sera proposé un traitement antihistaminique et en seconde intention un traitement par prégabaline ou gabapentine. En cas d'échec, d'autres options peuvent être discutées au cas par cas, comme la paroxétine ou la photothérapie [12].

Dermatoses carencielles

La dénutrition représente une problématique fréquente chez le sujet âgé. Elle

s'accompagne généralement de carence en oligo-élément et en vitamines. Ainsi, les carences en zinc et en folate touchent jusqu'à 50 % des patients âgés, alors que la carence en vitamine C peut atteindre 70 % [13].

Les manifestations dermatologiques des dermatoses carencielles sont multiples et variées, il faut donc savoir les évoquer facilement, en particulier chez un patient dénutri et isolé socialement. On peut ainsi citer les manifestations suivantes : dermatose péri-orificielle bipolaire et acrale, érosive, retard de cicatrisation dans les carences en zinc ; gingivite, kératose folliculaire avec "poils en tire-bouchon", hémorragie péri-folliculaire, purpura, plaies chroniques pour le scorbut (carence en vitamine C) (**fig. 11**) ; éruption érosive et œdémateuse, décollement bulleux, peau fine craquelée pour la pellagre (carence en vitamine PP) [14].

Conclusion

Les pathologies dermatologiques du sujet âgé sont fréquentes et multiples. La dermato-gériatrie comporte de nombreux défis, diagnostiques et thérapeutiques, conséquences directes des comorbidités et de l'environnement social et psychique du patient âgé fragile. Dans ce contexte, une prise en charge collaborative, multidisciplinaire et adaptée est essentielle. Cette stratégie permettra aux dermatologues de couvrir les besoins d'une population vieillissante dont la proportion ne fera qu'augmenter dans les décennies à venir.

BIBLIOGRAPHIE

1. BÉLAND D, VIRIOT DURANDAL JP. Aging in France: population trends, policy issues, and research institutions. *The Gerontologist*, 2013;53:191-197.
2. DALE DC. Poor prognosis in elderly patients with cancer: the role of bias and undertreatment. *The Journal of Supportive Oncology*, 2003;1:11-17.

3. KAYA G. Dermatoporosis: an emerging syndrome. *Rev Med Suisse*, 2008;4: 1078-1079.
4. MENGEAUD V, DAUTEZAC-VIEU C, JOSSE G *et al.* Prevalence of dermatoporosis in elderly French hospital in-patients: a cross-sectional study. *Br J Dermatol*, 2012;166:442-443.
5. KLUGER N, IMPIVAARA S. Prevalence of and risk factors for dermatoporosis: a prospective observational study of dermatology outpatients in a Finnish tertiary care hospital. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2019;33:447-450.
6. KAYA G, JACOBS F, PRINS C *et al.* Deep dissecting hematoma: an emerging severe complication of dermatoporosis. *Arch Dermatol*, 2008;144:1303-1308.
7. HAS. Prise en charge de l'ulcère de jambe à prédominance veineuse hors pansement. Recommandation de bonne pratique. Juin 2006.
8. SENAMAUD R, DESORMAIS I, KASSIANOFF U *et al.* Prévalence des troubles cognitifs dans le registre COPART: étude préliminaire. *Journal des Maladies Vasculaires*, 2013;38:315.
9. RICHARD MA. Is it always necessary to treat skin cancer in the elderly? *Ann Dermatol Venereol*, 2008;135:641-643.
10. YALÇIN B, TAMER E, TOY GG *et al.* The prevalence of skin diseases in the elderly: analysis of 4099 geriatric patients. *Int J Dermatol*, 2006;45:672-676.
11. BERGER TG, SHIVE M, HARPER GM. Pruritus in the older patient: a clinical review. *JAMA*, 2013;310:2443-2450.
12. STÄNDER S, ZEIDLER C, AUGUSTIN M *et al.* Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic pruritus—update—short version. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 2017;15:860-872.
13. FERRY M. Nutrition de la personne âgée, Berger-Levrault, 1996.
14. RYBOJAD M. Dermatologie et maladie de la nutrition, Elsevier Masson.

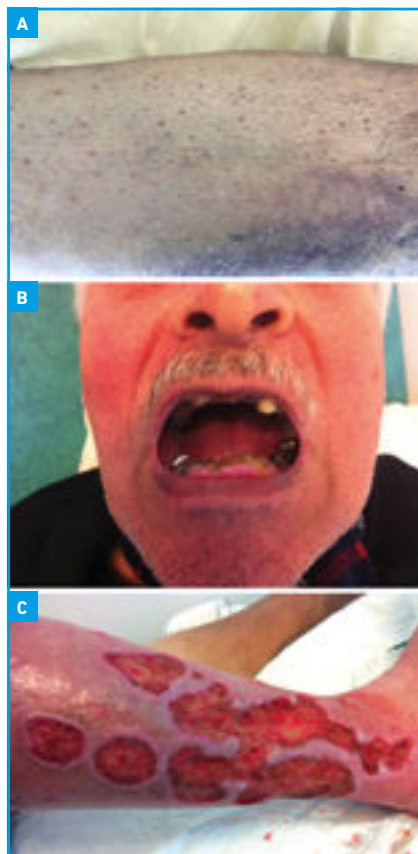


Fig. 11 : Scorbut. **A :** Kératose folliculaire avec "poils en tire-bouchon", hémorragie péri-folliculaire, purpura. **B :** Gingivite avec déchaussement dentaire. **C :** Plaies des membres inférieurs ne cicatrisant pas.

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

Cas clinique

Des micropapules péri-orificielles chez un enfant

→ **L. DUPONT, E. BEGON**

Service de Dermatologie, GHT NOVO, PONTOISE.

Une petite fille de 5 ans présente depuis 3 semaines un semis de micropapules lisses, groupées

autour de la bouche et dans les zones périorbitaires (**fig. 1 à 3**). Le reste du tégument est intact. Elle ne se plaint d'aucun prurit. Aucun topique n'a été appliqué précédemment. Les parents n'ont remarqué aucun autre symptôme

et l'enfant est en excellent état général.

Quel diagnostic évoquez-vous ?



Fig. 1, 2 et 3 : Micropapules groupées autour de la bouche et dans les zones péri-orbitaires.

■ Cas clinique

■ Diagnostic

Cet aspect évoque une dermatite péri-orale granulomateuse de l'enfant (DPG). La DPG est une dermatose faciale pédiatrique relativement rare, également connue sous l'acronyme FACE pour "*Facial Afro Caribbean Childhood Eruption*". Elle concerne principalement, mais non exclusivement, les phototypes foncés, et est considérée comme une variante de la dermatite péri-orale. Il s'agit d'une éruption constituée de petites papules monomorphes de distribution péri-orificielle (bouche, nez, yeux) dont l'histologie se caractérise par un infiltrat inflammatoire granulomateux périfolliculaire dans le derme superficiel. Elle est à distinguer d'autres dermatoses, telles que la dermatite péri-orale, la sarcoïdose cutanée, la rosacée granulomateuse et le lupus miliaire disséminé de la face. Pathologie bénigne, exclusivement cutanée et limitée dans le temps, l'objectif des thérapeutiques est d'écourter la durée de l'éruption *via* des traitements topiques ou systémiques, parfois combinés.

La DPG a d'abord été décrite en 1971 par Gianotti *et al.* Cette éruption a ensuite connu plusieurs dénominations successives au fil du temps : FACE, dermatite péri-orale sarcoïdose-like, dermatite péri-orale de type Gianotti. C'est finalement en 1996 que les auteurs reprennent l'expression "*Childhood granulomatosis perioral dermatitis*" pour la différencier de la dermatite péri-orale classique et éviter la restriction aux patients afro-caribéens. Le terme aujourd'hui le plus utilisé est **dermatite péri-orale granulomateuse**.

■ Description clinique

Comme son nom l'indique, elle concerne essentiellement les enfants, en période prépubertaire (avec un âge compris entre 3 et 12 ans), sans prédominance de sexe, principalement de phototype foncé, bien qu'elle ait aussi été rapportée sur phototype clair.

La DPG se manifeste par de petites papules monomorphes de 1 à 3 mm de diamètre, en dôme, de couleur chair ou jaune-marron, et de distributions péri-buccale, périnasale et/ou péri-oculaire. Il s'agit d'une véritable dermatite "péri-orificielle" étant donné que 70 % des patients présentent une atteinte péri-orale, 43 % une atteinte périnasale, et 25 % une atteinte péri-oculaire. L'éruption peut s'étendre à d'autres zones du visage et du cou, ou rarement comporter des éléments à distance sur le tronc ou la région génitale. On note l'absence de pustule, de vésicule, de télangiectasie, de comédon ou de cicatrice, éléments sémiologiques précieux pour différencier cette éruption papuleuse d'autres dermatoses de la face.

L'étiologie exacte reste inconnue. Il pourrait s'agir d'une réponse granulomateuse aspécifique à des agents systémiques ou topiques. Certains facteurs déclenchants ont été rapportés avec, en premier lieu, l'utilisation prolongée de dermocorticoïdes ou de corticoïdes inhalés, qui pourraient favoriser la survenue ou exacerber l'éruption. Par ailleurs, l'application d'allergènes, d'irritants, de cosmétiques ou d'antiseptiques, de formaldéhyde, de dentifrices fluorés, et de composants de chewing-gum a été également incriminée.

■ Histologie

L'histologie est utile au diagnostic et retrouve un infiltrat inflammatoire granulomateux dermique superficiel, périfolliculaire, constitué de macrophages épithélioïdes, de cellules géantes et de lymphocytes, dont l'architecture peut être diffuse ou organisée sous la forme d'un granulome sans nécrose caséuse. Il existe parfois des modifications épidermiques avec une acanthose, une hyperkératose et une spongiose modérée. Les cultures pour les mycobactéries et mycoses restent négatives.

■ Diagnostic différentiel

Mise à part la dermatite péri-orale classique, il conviendra d'écarter les diagnostics différentiels, que sont la sarcoïdose cutanée, la rosacée granulomateuse, l'acné et le lupus miliaire disséminé de la face (préfixe trompeur puisque cette rare granulomatose faciale n'a absolument aucun lien avec le lupus). Tout d'abord, la dermatite péri-orale touche classiquement la femme entre 30 et 40 ans, se présente sous la forme d'un érythème desquamatif surmonté de papulo-pustules avec une certaine épargne de la région périlabiale. L'application de dermocorticoïdes aggrave et entretient cette dermatose qui n'est pas histologiquement granulomateuse.

La rosacée concerne la femme plus âgée, de phototype clair, entre 30 et 50 ans, se distingue cliniquement par la présence d'un fond érythémateux télangiectasique, de pustules, de flushes, d'un œdème, une localisation au tiers central du visage et une chronicité. La sarcoïdose cutanée, quant à elle, est rare chez l'enfant, le plus souvent associée à des manifestations systémiques comme une dyspnée, une toux, une asthénie, des adénopathies, arthrites ou uvéites. Aucun cas de sarcoïdose n'a d'ailleurs été rapporté dans l'évolution de DPG.

L'histologie de la DPG peut être identique à celle retrouvée dans la rosacée ou la sarcoïdose mais la clinique est bien différente. L'absence de lésion rétionnelle permettra d'écarter une acné. Enfin, le lupus miliaire disséminé de la face concerne surtout la femme adulte et se manifeste par des papules rouges, jaunes, marron, notamment en péri-oculaires, d'évolution chronique et surtout cicatricielle, dont l'histologie retrouve un granulome épithélioïde avec nécrose caséuse.

■ Prise en charge

La DPG reste une maladie bénigne, dont l'évolution est spontanément favorable

en quelques mois sans traitement, sans séquelle. L'objectif est donc de limiter la durée de l'éruption et les investigations poussées. Aucun consensus n'est établi à ce jour. Il faut en premier lieu suspendre l'application de dermocorticoïdes, si elle a lieu. Les traitements topiques, à privilégier dans les formes localisées, comprennent l'érythromycine, le tacrolimus et le métronidazole, utilisés dans le traitement de la rosacée, qui sont une bonne option pour les enfants de moins de 8 ans. En cas d'échec, ou dans les formes étendues, les options systémiques comprennent les tétracyclines, la doxycycline, l'érythromycine ou le métronidazole *per os*. Enfin, les traitements combinés peuvent aussi être proposés, associant les formes orales à la clindamycine, l'acide

azélaïque, l'adapalène et la photothérapie. Dans les formes généralisées ou réfractaires, des cas récents ont rapporté l'efficacité de l'isotrétinoïne à des posologies qui varient entre 0,2 mg/kg et 0,7 mg/kg, suivi d'une décroissance autour de 0,05 à 1 mg/kg.

POUR EN SAVOIR PLUS

- FAKIH A, MAKHOUL R, GROZDEV I. Childhood granulomatous periorificial dermatitis: case report and review of the literature. *Dermatol Online J*, 2020;26:13030.
- KIM YJ, SHIN JW, LEE JS. Childhood granulomatous periorificial dermatitis. *Ann Dermatol*, 2011;23:386-388.
- LUCAS CR, KORMAN NJ, GILLIAM AC. Granulomatous periorificial dermatitis: a variant of granulomatous rosacea in childhood. *J Cutan Med Surg*, 2009;13:115-118.

- CRIBIER B, LIEBER-MBOMEYO A, LIPSKER D. Clinical and histological study of a case of facial Afro-Caribbean childhood eruption (FACE). *Ann Dermatol Venereol*, 2008;135:663-667.
- HUSSAIN W, DALY BM. Granulomatous periorificial dermatitis in an 11-year-old boy: dramatic response to tacrolimus. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2007;21:137-139.
- RODRIGUEZ-GARIJO N, QUEROL-CISNEROS E, TOMAS-VELAZQUEZ A *et al*. Recalcitrant granulomatous periorificial dermatitis with good response to low-dose oral isotretinoin. *Pediatr Dermatol*, 2019;36:980-981.

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

Opdualag : une nouvelle double immunothérapie pour le mélanome avancé

Bristol Myers Squibb annonce la mise à disposition d'Opdualag (nivolumab/relatlimab), la première combinaison d'un anti-PD-1 et d'un anti-LAG-3 en première ligne du mélanome avancé. Ce traitement est destiné aux adultes et adolescents ≥ 12 ans avec un PD-L1 tumoral $< 1\%$.

L'association nivolumab/relatlimab bloque simultanément les voies PD-1 et LAG-3, réactivant ainsi les lymphocytes T et améliorant la réponse immunitaire antitumorale.

L'étude RELATIVITY-047, menée sur 714 patients, a démontré une **survie sans progression significativement supérieure** : 10,12 mois pour Opdualag contre 4,63 mois pour le nivolumab seul (HR = 0,75; $p = 0,0055$). Une analyse de sous-groupes a révélé une réduction du risque de progression de 32 % chez les patients avec PD-L1 $< 1\%$.

Les effets indésirables les plus fréquents sont : fatigue (41 %), douleurs musculo-squelettiques (32 %), éruption cutanée (29 %), arthralgie (26 %), diarrhée (26 %), prurit (26 %) et céphalées (20 %). Les effets graves incluent insuffisance surrénale, anémie, colite et myocardite (1,1-1,4 %).

Opdualag constitue une alternative thérapeutique en première ligne, bien tolérée et efficace. Son positionnement vis-à-vis du nivolumab/ipilimumab ou du pembrolizumab reste à préciser. Autorisé en Europe depuis 2022, il est en attente de prise en charge en France.

NC

D'après le communiqué de Bristol Myers Squibb – 27 janvier 2025

Bientôt disponible



Ebglyss®
lebrikizumab

Précision et Contrôle
avec un dosage unique¹

EBGLYSS® est indiqué dans le traitement de la dermatite atopique modérée à sévère de l'adulte et de l'adolescent âgé de 12 ans et plus, pesant au moins 40 kg, qui nécessitent un traitement systémique¹.

Place dans la stratégie thérapeutique² :

Adulte : Traitement systémique de 2^{ème} ligne à réserver aux adultes atteints de dermatite atopique modérée à sévère en cas d'échec, d'intolérance ou de contre-indication à la ciclosporine.

Adolescent âgé de 12 ans et plus (poids $\geq$ 40 kg) : Traitement systémique de 1^{ère} ligne à réserver aux formes modérées à sévères de dermatite atopique de l'adolescent en échec des traitements topiques.

De plus, en l'absence de comparaison aux autres anti-interleukines (dupilumab, tralokinumab) et aux anti-JAK (upadacitinib, abrocitinib et baricitinib), la place du lebrikizumab par rapport à ces médicaments ne peut être précisée. Le choix du traitement systémique de 1^{ère} ligne doit prendre en compte la sévérité de la maladie, les caractéristiques du patient, les antécédents de traitements, les risques d'intolérance et les contre-indications aux différents traitements disponibles.

EBGLYSS® 250 mg, solution injectable en seringue préremplie : Non remboursable à la date du 22/07/2024 (demande d'admission à l'étude).

EBGLYSS® 250 mg, solution injectable en stylo prérempli : Non remboursable à la date du 22/07/2024 (demande d'admission à l'étude).

Non commercialisé à la date du 22/07/2024.



Médicament d'exception : prescription en conformité avec la Fiche d'Information Thérapeutique.

Pour une information complète, consultez le Résumé des Caractéristiques du produit sur le répertoire des médicaments du site internet de l'ANSM ou vers l'EMA en flashant ce QR code ou directement sur le site internet : https://www.ema.europa.eu/fr/documents/product-information/ebglyss-epar-product-information_fr.pdf

Liste I. Uniquement sur ordonnance.

Respecter les doses prescrites.

Prescription réservée aux spécialistes en allergologie, en dermatologie, en médecine interne ou en pédiatrie.

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité. Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament à votre Centre régional de pharmacovigilance (CRPV) ou sur <https://signalement.social-sante.gouv.fr>.

1. Résumé des Caractéristiques du Produit EBGLYSS® / 2. Avis de la Commission de la Transparence EBGLYSS® du 29 mai 2024