



**LE MONITEUR
DES PHARMACIES**

CAHIER 2 - n° 3581 du 25 octobre 2025

CAHIER DÉTACHABLE

**FORMATION
ORDONNANCE**

LE VITILIGO

**P. 2 PATHOLOGIE / P. 6 THÉRAPEUTIQUE / P. 12 ANALYSE D'ORDONNANCE /
P. 14 CONSEILS ASSOCIÉS / P. 16 L'ESSENTIEL À RETENIR**

LE VITILIGO EN 5 QUESTIONS

Le vitiligo est une maladie de la peau relativement courante dans la population générale. Non contagieuse, elle entraîne une dépigmentation de la peau avec une expression variable, parfois très stigmatisante chez certains patients. Elle constitue une urgence diagnostique car l'évolution naturelle de la maladie peut conduire, en l'absence de traitement adapté, à des répercussions psychologiques importantes susceptibles d'altérer fortement la qualité de vie des patients.

1. DE QUOI S'AGIT-IL ?

■ Le vitiligo est une maladie chronique auto-immune, conduisant à la destruction des mélanocytes et évoluant par poussées. La perte progressive des mélanocytes de l'épiderme est à l'origine d'une dépigmentation de la peau, quelle qu'en soit la couleur, qui se traduit par l'apparition de « taches blanches » (ou *vitiligo* en latin, à l'origine du nom de la maladie) délimitées, de taille, de relief et de forme variables, et ce n'importe où sur le corps. Non douloureuses, ces lésions sont cependant parfois associées à des démangeaisons ou à des sensations de brûlure lors de leur apparition.

■ Un blanchiment des poils et des cheveux (ou leucotrichie) ainsi qu'une atteinte des muqueuses (zones génitales, lèvres, etc.) et des aréoles mammaires peuvent également être observés.

EN CHIFFRES

- Environ 1 million de patients concernés en France
- Fréquence identique pour les 2 sexes quel que soit l'âge
- Âge de survenue : environ 30 % avant l'âge de 12 ans, 50 % avant 20 ans, 70 % avant 30 ans
- Délai moyen de diagnostic : 2 ans et demi
- 15 à 20 % des sujets ayant un vitiligo généralisé ont également une dysthyroïdie auto-immune

sées imprévisibles et se caractérise par l'apparition de **macules** fréquemment bilatérales, voire symétriques sur l'ensemble du corps. Leur survenue prédomine au niveau des zones de frottement ou de pression, ce que l'on appelle « phénomène de Koebner ». Une leucotrichie apparaît peu à peu au niveau des zones impactées.

Différents sous-types de forme non segmentaire sont identifiés selon l'expression clinique :

- **le vitiligo acrofacial** qui atteint principalement les mains, les pieds et le visage,
- **le vitiligo généralisé** qui peut concerner toutes les parties du corps,
- **le vitiligo universel** qui se traduit par une dépigmentation de la quasi-totalité du corps.

FORME SEGMENTAIRE

Elle apparaît en général chez l'enfant ou le jeune adulte et se caractérise par une dépigmentation unilatérale, le plus fréquemment au niveau du visage. Cette forme se développe rapidement avec une leucotrichie en quelques semaines ou mois, puis reste stable sans autre évolution par la suite.

AUTRES FORMES

Il existe d'autres formes plus rares comme le vitiligo focal (tache unique de petite taille sur une partie du corps) ou le vitiligo mixte (association de la forme segmentaire et non segmentaire).

2. COMMENT SE MANIFESTE LA MALADIE ?

On distingue deux principales formes de vitiligo : le vitiligo non segmentaire (90 % des cas environ) et la forme segmentaire (5 à 10 % des cas).

FORME NON SEGMENTAIRE

Forme la plus fréquente, le vitiligo non segmentaire peut survenir à tout âge. Dans un premier temps, il s'exprime souvent par une lésion localisée. Puis, la maladie évolue progressivement par pous-

GLOSSAIRE

MACULE

Tache cutanée plane.

ANÉMIE DE BIERMER

Maladie auto-immune à l'origine d'un défaut d'absorption de la vitamine B12 dans l'estomac.

PITYRIASIS VERSICOLOR

Infection fongique superficielle et bénigne due à la levure *Malassezia furfur*. Elle se manifeste par l'apparition de taches pigmentées.

3. QUELS SONT L'ÉTIOLOGIE ET LES FACTEURS DE RISQUE ?

Le vitiligo est une maladie complexe résultant d'une réponse exagérée du système immunitaire sous l'influence à 80 % de facteurs génétiques, mais aussi environnementaux.

FACTEURS GÉNÉTIQUES

■ La transmission du vitiligo n'est pas héréditaire mais il existe des prédispositions familiales (la prévalence chez les apparentés

du premier degré d'une personne atteinte est de 5 à 8%). Le polymorphisme de certains gènes associés à la régulation des mélanocytes ou du système immunitaire contribuerait à son développement.

■ Quelques-uns des facteurs de prédisposition génétique sont communs à d'autres maladies auto-immunes. Ainsi, des pathologies thyroïdiennes (comme la maladie de Basedow ou la thyroïdite de Hashimoto) ont été identifiées chez 15 à 20% des personnes atteintes de vitiligo généralisé. Plus rarement, le vitiligo a également été associé au diabète de type 1, au psoriasis, à l'**anémie de Biermer**, à la maladie d'Addison, au lupus érythémateux, à la pelade, à des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, etc.

FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

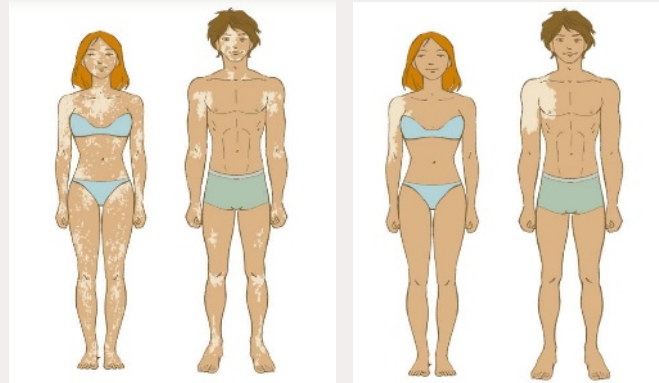
Différentes causes environnementales favorisant la survenue et/ou l'aggravation du vitiligo sont connues : le stress (aussi bien psychologique que physiologique), les frictions chroniques et certains produits chimiques (dérivés phénoliques, catéchols, etc.) contenus dans les produits ménagers, par exemple. Une potentielle origine virale liée au virus zona-varicelle est évoquée pour le vitiligo segmentaire.

TÉMOIGNAGE

Bérénice, 36 ans, orthophoniste

« Les premières taches sont apparues sur mes mains pendant l'été de mes 9 ans. Puis, la dépigmentation s'est étendue sur mon visage et mes genoux. Ma mère m'a très vite fait consulter un médecin qui a diagnostiqué un vitiligo. Au début, c'était difficile psychologiquement car je voyais mon corps changer constamment. Du jour au lendemain, des petits pointillés blancs pouvaient apparaître sur une partie de mon corps et s'agrandir avec le temps. Comme je ne me maquillais pas encore, certains de mes camarades se moquaient de moi en me comparant à un dalmatien, d'autres m'évitaient car ils croyaient que c'était contagieux. L'un des médecins que j'avais consulté à l'époque avait évoqué un risque plus important de cancer de la peau à cause de ma maladie. Par conséquent, lorsqu'il y avait du soleil, ma mère m'obligeait à mettre plein de crème solaire et à rester sous le préau à la récréation, pendant que tous les autres enfants s'amusaient dans la cour. Au fur et à mesure, j'ai appris à accepter cette maladie et à m'affirmer auprès des autres. Aujourd'hui, mon vitiligo est stable. Par chance, le traitement par tacrolimus et l'exposition aux ultraviolets (UV) a très bien fonctionné sur mon visage. Ma peau s'est en grande partie repigmentée et je parviens à masquer les parties dépigmentées restantes avec du maquillage. Quant aux taches sur mes mains et mes genoux, grâce à ma peau très claire, elles ne se voient pas durant une grande partie de l'année. »

LES DIFFÉRENTES FORMES DE VITILIGO



Forme non segmentaire

Forme segmentaire

Association française du vitiligo

4. COMMENT EST POSÉ LE DIAGNOSTIC ?

■ Le diagnostic est établi par un dermatologue lors de l'examen clinique. Celui-ci réalise une analyse visuelle de l'intégralité de la surface de la peau à la recherche de lésions cutanées caractéristiques du vitiligo.

■ L'utilisation de la lampe de Wood, émettrice d'ultraviolets A (UVA) longs et de lumière bleu-violet est importante pour l'examen clinique. Elle permet, notamment chez les patients à la peau claire, de mieux visualiser, par contraste, la zone touchée et de déterminer son degré de dépigmentation. Cet outil de diagnostic est utilisé, par exemple, pour identifier les formes précoces de vitiligo ou distinguer les formes actives de la maladie durant lesquelles des petites dépigmentations de la peau en forme de confetti ou des taches cutanées plus claires que la peau normale aux contours irréguliers peuvent apparaître.

■ Exceptionnellement, si un doute persiste lors de l'examen, une biopsie cutanée peut-être pratiquée pour différencier le vitiligo d'autres pathologies liées à un trouble de la pigmentation comme le **pityriasis versicolor**.

5. QUELLES SONT LES COMPLICATIONS ?

Le vitiligo est une pathologie bénigne qui n'entraîne pas de douleur physique et ne modifie pas l'espérance de vie des patients. Son caractère imprévisible et le préjudice esthétique occasionné peuvent toutefois avoir un retentissement social, professionnel, familial et psychologique majeur, altérant ainsi la qualité de vie. Contrairement aux idées reçues, le vitiligo n'est pas un facteur de risque de cancer cutané. Il serait même, selon certaines études épidémiologiques récentes, associé à un risque diminué de cancers de la peau.

Par **Pierre-Olivier Bétolaud**, pharmacien, avec l'aimable collaboration du **Pr Julien Seneschal**, dermatologue responsable de l'unité dermatologie inflammatoire et auto-immune, centre de référence pour les maladies rares de la peau, CHU de Bordeaux (Gironde)

PHYSIOPATHOLOGIE ET PHARMACODYNAMIE

Le vitiligo est une maladie auto-immune dont les facteurs déclenchants sont mal connus. Néanmoins, certains éléments environnementaux combinés à une prédisposition génétique activent localement le système immunitaire, conduisant à la production de messagers pro-inflammatoires qui recrutent et activent des lymphocytes T, et détruisent les mélanocytes. Les traitements topiques visent à diminuer la production des différents médiateurs pro-inflammatoires impliqués dans la réponse auto-immune.

PHYSIOPATHOLOGIE

■ Les mélanocytes sont des cellules de la couche basale de l'épiderme. Elles sont responsables de la production de mélanine à l'origine de la pigmentation cutanée. Certains facteurs environnementaux (frottements, stress psychologique ou physiologique, facteurs chimiques) induisent un stress oxydatif qui altère ces cellules.

■ Ces lésions associées à des prédispositions génétiques ou à des anomalies intrinsèques du mélanocyte provoquent localement une activation exagérée du système immunitaire marquée principalement par la production de cytokines pro-inflammatoires comme l'interféron gamma (IFN γ) par certains lymphocytes T.

■ L'IFN γ stimule la voie de signalisation cellulaire **Janus kinase/signal transducer and activator of transcription** (JAK/STAT), exprimée par les mélanocytes et les kératinocytes, à l'origine de la synthèse de la **chimiokine** CXCL10, qui induit la migration des lymphocytes T activés vers le site de l'inflammation. Ceci provoque une perte des mélanocytes de la lame basale de

l'épiderme, responsable de la dépigmentation de la peau lésée. La persistance de lymphocytes T résidents mémoires expliquerait la résurgence du vitiligo, notamment après arrêt du traitement.

■ La différence entre la forme segmentaire et non segmentaire du vitiligo s'expliquerait, dans le premier cas, par un dysfonctionnement propre aux mélanocytes – d'où l'aspect localisé de la forme segmentaire – et, dans le second cas, par un dysfonctionnement lié au système immunitaire.

MÉCANISME D'ACTION DES TRAITEMENTS TOPIQUES DU VITILIGO

OBJECTIFS

■ Les traitements locaux du vitiligo visent à s'opposer à l'activation exagérée du système immunitaire et à stimuler la repigmentation cutanée. Ils agissent en diminuant la production de cytokines pro-inflammatoires (dermocorticoïdes, tacrolimus) ou en bloquant spécifiquement la voie JAK/STAT (ruxolitinib). Cela permet ainsi de limiter la destruction

auto-immune des mélanocytes et de créer un environnement favorable à la repigmentation.

■ L'application d'un traitement topique doit être complétée par de la photothérapie UVB ou une exposition solaire raisonnée, qui induisent une immunosuppression locale (diminution de la production de cytokines pro-inflammatoires et de la migration des lymphocytes) et stimulent la repigmentation.

DERMOCORTICOÏDES

D'activité très forte ou forte (clobétasol, bétaméthasone, désenide, diflucortolone, difluprednate, fluticasone, hydrocortisone acéponate), ils activent des récepteurs intracellulaires aux glucocorticoïdes, ce qui a pour effet d'inhiber la transcription de gènes codant pour des protéines impliquées dans les réactions immunitaires. Ils inhibent ainsi la production de médiateurs pro-inflammatoires comme les cytokines et l'IFN γ , et présentent une activité immunosuppressive en diminuant l'activation et la migration des lymphocytes T.

TACROLIMUS

En inhibant la **calcineurine**, le tacrolimus diminue la production de cytokines puis l'activation et la migration des lymphocytes T.

RUXOLITINIB

En inhibant la voie de signalisation JAK/STAT, il diminue la production de CXCL10, médiateur responsable de l'amplification de la migration des lymphocytes T.

Par **Pierre-Olivier Bétolaud** et **Stéphanie Satger**, pharmaciens

GLOSSAIRE

JANUS KINASES (JAK)

Enzymes intracellulaires présentes au niveau des kératinocytes et mélanocytes, impliquées *via* la voie JAK/STAT (*signal transducer and activator of transcription*) dans la production de cytokines pro-inflammatoires.

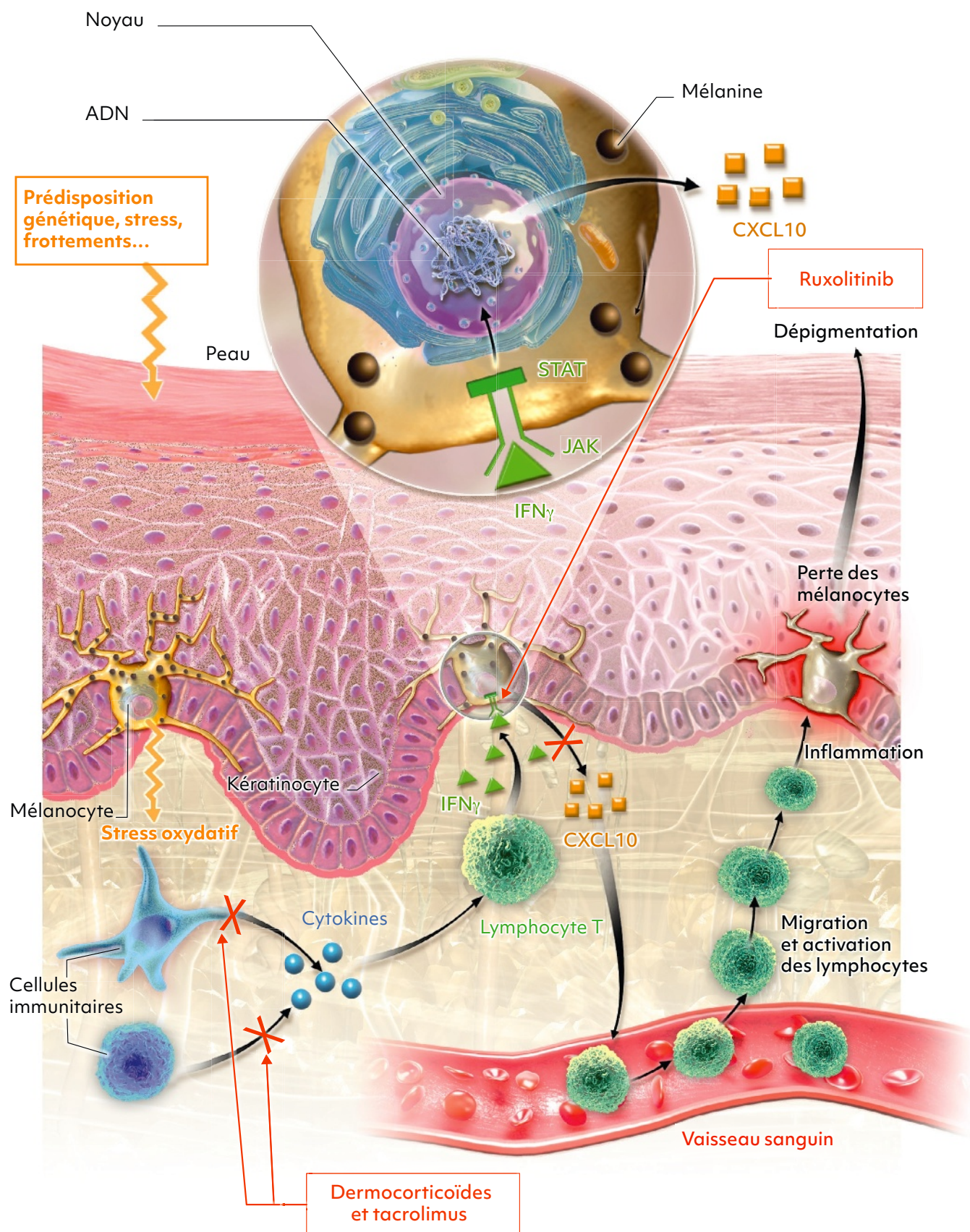
CHIMIOKINE

Petite protéine qui permet la migration des cellules immunitaires vers le site de l'inflammation.

CALCINEURINE

Protéine intracellulaire activée lors d'une réaction immunitaire et impliquée dans la production de certaines cytokines.

Mode d'action des traitements du vitiligo



Michel Saemann

COMMENT TRAITER LE VITILIGO ?

La stratégie thérapeutique est différente selon la forme clinique, l'activité du vitiligo et les objectifs du patient. Actuellement, les traitements combinés associant dermocorticoïdes ou immunomodulateurs topiques (tacrolimus ou ruxolitinib) à de la photothérapie UVB sont reconnus davantage efficaces. Cependant, le taux de récurrence reste important. La chirurgie ou la dépigmentation peuvent être des options en cas d'échec.

STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

Objectifs du traitement

■ Quelle que soit la forme du vitiligo, la recherche de l'amélioration de la qualité de vie du patient est primordiale.

■ Dans la plupart des vitiligos, la mise en place d'un traitement poursuit trois objectifs principaux :

- arrêter la perte mélanocytaire induite par l'activation anormale du système immunitaire et bloquer la dépigmentation,
- induire une repigmentation en stimulant une différenciation et une prolifération mélanocytaire,
- maintenir la repigmentation et éviter les récurrences.

■ Dans certaines formes étendues, l'objectif est au contraire d'obtenir une coloration homogène de la peau par dépigmentation des zones de peau produisant encore de la mélanine.

Principes de la prise en charge

■ La stratégie thérapeutique repose sur les dernières recommandations internationales d'experts de novembre 2023*.

■ Un diagnostic précoce est essentiel à une prise en charge optimale. Une première consultation comprenant une évaluation initiale complète permet d'appré-

hender les caractéristiques du patient (phototype, origine ethnique, antécédents de maladies auto-immunes, état général et traitements en cours) et de son vitiligo, ainsi que d'en déterminer l'activité.

■ Le patient doit être informé de la durée du traitement, de son caractère chronophage et fastidieux, et des possibilités d'échecs.

Limiter l'activité du vitiligo

■ Quelle que soit la forme (non segmentaire ou segmentaire), un **vitiligo actif** représente une urgence thérapeutique et doit être traité le plus rapidement possible afin de stopper la progression de la dépigmentation.

■ **Vitiligo non segmentaire.** Dans le cas d'un **vitiligo actif à progression rapide**, des mini-pulses de corticothérapie orale (qui permettent de contrôler l'activité inflammatoire sans exposer aux effets indésirables), 2 jours consécutifs par semaine pendant 3 à 6 mois, sont associés à la **photothérapie UVB à spectre étroit**. Ce traitement est efficace dans 90 % des cas.

■ Dans le cas d'un vitiligo lentement progressif, en fonction du choix du patient d'être ou non traité, un traitement local par immunomodulateur topique

- ruxolitinib, inhibiteur des Janus kinases (JAK), ou tacrolimus, inhibiteur de calcineurine - ou par dermocorticoïde - hors autorisation de mise sur le marché (AMM) - peut être proposé. Le choix du topique se fait en fonction de la localisation (les dermocorticoïdes forts sont à éviter sur le visage), de la surface atteinte (le ruxolitinib est indiqué si moins de 10 % de la surface cutanée est à traiter) et de l'âge du patient (le tacrolimus est utilisé à partir de 2 ans, le ruxolitinib à partir de 12 ans).

■ Ces traitements locaux peuvent être associés à une photothérapie UVB à spectre étroit pendant au moins six mois.

■ **Vitiligo segmentaire.** Le vitiligo segmentaire reste une atteinte très difficile à traiter, et les thérapeutiques sont plus efficaces lorsqu'elles sont commencées lors des premiers mois d'apparition de la maladie. Malheureusement, pour cette indication, il n'y a pas à ce jour de traitement ayant reçu une autorisation de mise sur le marché (AMM). La prise en charge repose sur l'association de la photothérapie avec un dermocorticoïde d'activité très forte ou forte ou un traitement par inhibiteur de calcineurine topique (tacrolimus). Comme ces formes sont souvent localisées, l'utilisation, davantage ciblée, du laser Excimer (*voir page 11*) est préférée (selon sa disponibilité dans les centres hospitaliers).

Induire une repigmentation

■ La repigmentation repose principalement sur l'association des traitements

GLOSSAIRE

VITILIGO ACTIF

Vitiligo dont les lésions évoluent significativement (évaluation photographique) sur les 12 derniers mois.

VITILIGO À PROGRESSION RAPIDE

Vitiligo dans lequel un grand nombre de nouvelles taches et/ou un élargissement significatif des taches existantes sont apparus au cours des 3 derniers mois.

PHOTOTHÉRAPIE UVB À SPECTRE ÉTROIT

Technique de photothérapie thérapeutique utilisant l'émission d'ultraviolets B (UVB) de longueur d'onde étroite (311-313 nm) afin de limiter les effets indésirables associés à l'irradiation par d'autres types d'UV (UVA, notamment).

* « Worldwide expert recommendations for the diagnosis and management of vitiligo: position statement from the International Vitiligo Task Force », *Journal of the European Academy of Dermatology & Venereology*, novembre 2023.

locaux ou d'immunomodulateurs systémiques – hors AMM – (méthotrexate, ciclosporine ou azathioprine par exemple) avec de la photothérapie UVB à spectre étroit qui permet de mobiliser les réservoirs mélanocytaires. Le tacrolimus et le ruxolitinib par voie locale sont préconisés pour le visage et les zones sensibles (plis, zone génitale).

■ Le traitement est long et nécessite 6 à 24 mois pour juger de l'efficacité. Cette dernière diffère en fonction de la localisation. La repigmentation est obtenue sur

plus de 80 % de la surface lésionnelle sur le visage et à plus de 50 % sur le corps mais seulement à 25 % sur les zones saillantes. Sur les pieds et les mains, elle est difficile.

Éviter les récides

■ Les récides sont fréquentes (40 à 50 %) dans la première année qui suit la repigmentation et après l'arrêt de toute thérapeutique.

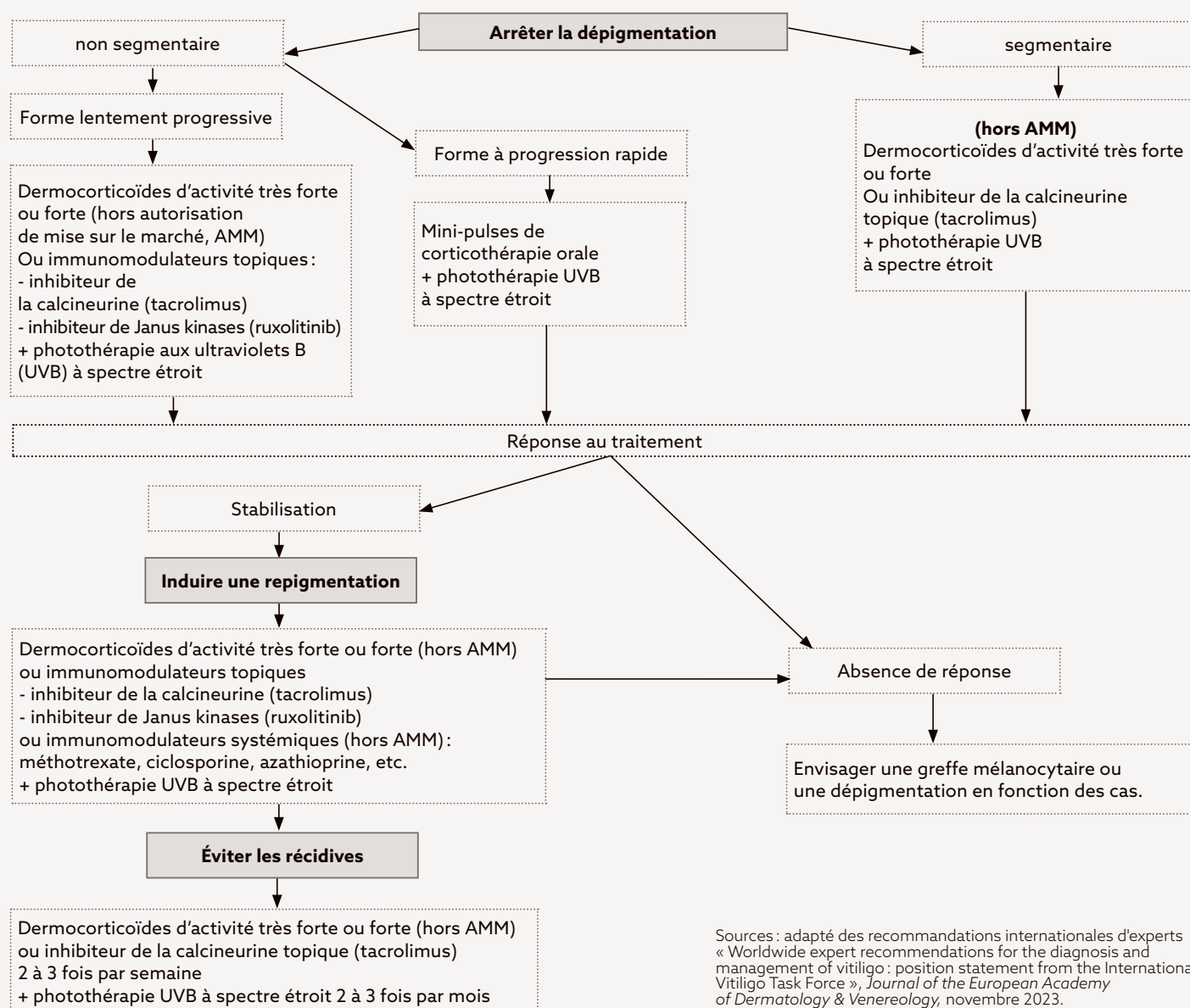
■ L'application de tacrolimus en pomade 2 fois par semaine pendant au moins 6 mois permet de limiter le risque

de rechutes, notamment dans les vitiligos segmentaires. Sur les zones non sensibles, l'application de dermocorticoïdes n'apporterait pas de bénéfice supplémentaire. Il n'est pas démontré à l'heure actuelle que le ruxolitinib topique permet d'éviter les récides selon un schéma de traitement de maintien comparable à celui réalisé avec le tacrolimus.

En cas d'absence de réponse

Une greffe mélanocytaire ou la dépigmentation peuvent être envisagées selon les cas. →

PRISE EN CHARGE DU VITILIGO



Sources : adapté des recommandations internationales d'experts « Worldwide expert recommendations for the diagnosis and management of vitiligo : position statement from the International Vitiligo Task Force », *Journal of the European Academy of Dermatology & Venereology*, novembre 2023.

Vigilance!

En dehors de l'hypersensibilité à la molécule, certaines contre-indications sont à connaître.

Dermocorticoïdes : infections non traitées, lésions ulcérées, acné, rosacée, dermatite périorale, nourrisson (bétaméthasone dipropionate, clobétasol propionate), nourrisson de moins de 3 mois (fluticasone), application sur les paupières (risque de glaucome).

Ruxolitinib : grossesse, allaitement.

→ TRAITEMENTS

Glucocorticoïdes

Dermocorticoïdes à activité très forte ou forte

■ Utilisés hors AMM, ils sont recommandés dans le traitement du vitiligo non segmentaire ou segmentaire, que celui-ci soit en phase active ou en période stable. Ils sont de préférence prescrits pour des localisations extrafaciales ou des zones assez limitées. La pommade, en particulier, est réservée aux zones de peau épaisse (coudes, genoux). Utilisés en monothérapie, ils sont reconnus efficaces dans la stabilisation du vitiligo, moins pour la repigmentation. Ils s'appliquent 1 fois par jour pour limiter les effets indésirables. Le schéma thérapeutique à 1 application par jour pendant 3 mois peut être remplacé par un schéma alternatif ou intermittent (15 jours de traitement et 15 jours d'arrêt par mois) pendant 6 mois. Chez l'enfant, le traitement est de 2 mois (ou 4 mois en schéma alternatif) pour limiter les effets indésirables.

■ **Effets indésirables.** Ils sont principalement locaux et plus fréquents sur le visage et les zones axillaires ou inguinales : atrophie cutanée (amaigrissement de la peau, peau parcheminée), vergetures irréversibles caractérisées par des stries violettes, **télangiectasies**, hypertrichose souvent réversible, éruptions

acnéiformes. L'usage prolongé de dermocorticoïdes expose à un risque accru d'infections bactériennes, fongiques ou virales en raison de l'immunosuppression locale.

■ Les effets indésirables systémiques (freinage de l'axe hypothalamo-hypophysaire, syndrome cushingoïde, retard de croissance chez l'enfant) sont très rares et liés à un usage sur une grande surface cutanée.

■ **Interactions.** D'après le résumé des caractéristiques du produit, une diminution de la tolérance au glucose est possible avec le clobétasol propionate, la fluticasone et la bétaméthasone valérate. Ceci peut nécessiter de surveiller davantage les traitements concomitants antidiabétiques et une éventuelle adaptation de posologie.

Corticoïdes à usage systémique

■ Des mini-pulses de corticoïdes oraux sont recommandés dans le vitiligo actif ou étendu, à doses journalières modérées (bétaméthasone 5 mg, dexaméthasone 2,5 à 5 mg, méthylprednisolone 12,5 à 25 mg, prednisone ou prednisolone 15 à 31 mg) 2 jours consécutifs par semaine pendant 3 à 6 mois. Un arrêt de la progression du vitiligo peut être constaté 1 à 3 mois après le début du traitement. Chez l'enfant, il est possible d'utiliser la prednisolone 20 mg par jour ou 0,3 mg/kg de poids corporel pendant une période plus

courte ; la corticothérapie systémique ne peut en effet pas être prolongée au-delà de 3 mois sans avis médical pédiatrique.

■ **Effets indésirables.** Ils sont limités par l'administration séquentielle à faibles doses mais une prise de poids, une hyperglycémie, des troubles menstruels, de l'acné, une hypertrichose, une insomnie et de l'agitation peuvent survenir. Un retard de croissance est possible chez l'enfant.

■ **Interactions.** Certaines associations doivent être prises en compte : majoration du risque hémorragique avec l'acide acétylsalicylique et les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les anticoagulants injectables et oraux et le cobimétinib, risque de tendinopathie avec les fluoroquinolones. L'association avec des inducteurs enzymatiques (carbamazépine, phénobarbital, phénytoïne, rifampicine, etc.) ou avec des topiques gastro-intestinaux peut diminuer l'efficacité du corticoïde. L'association avec d'autres médicaments hypokaliémisants (laxatifs stimulants, diurétiques de l'anse ou thiazidiques, etc.) majore le risque d'hypokaliémie et celui d'allongement de l'intervalle QT à l'électrocardiogramme.

Immunomodulateurs topiques

Inhibiteur topique de la calcineurine (tacrolimus)

■ Indiqué depuis avril 2024 dans un **cadre de prescription compassionnelle** dans le traitement du vitiligo de l'adulte et de l'enfant de plus de 2 ans, le tacrolimus constitue un traitement de première intention. Il est utilisé pour stabiliser ou repigmenter la peau, notamment au niveau du visage, du cou ou des plis du corps à peau fine, en application biquotidienne pendant 6 à 12 mois. Son efficacité semble majorée par l'association avec l'exposition aux UV. Il représente une alternative aux dermocorticoïdes, notamment chez l'enfant, mais semble moins efficace sur les zones extrafaciales. Cependant, il présente un meilleur profil de sécurité. Différentes études montrent que le tacrolimus par voie locale n'entraîne pas un surrisque d'immunodépression systémique, d'infections cutanées ou de cancers.

■ **Effets indésirables.** Des réactions locales précoces sont fréquentes mais régressent après la première semaine de traitement : irritation, sensation de brû-

GLOSSAIRE

TÉLANGIECTASIES

Dilatation permanente des capillaires de la peau ou des muqueuses.

CADRE DE PRESCRIPTION COMPASSIONNELLE

Procédure décidée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) permettant d'autoriser la prescription d'un médicament dans une autre indication que celle prévue dans son autorisation de mise sur le marché.



POINT DE VUE

MARTINE CARRÉ,
PRÉSIDENTE DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DU VITILIGO

Quels rôles les pharmaciens peuvent-ils jouer dans la prise en charge du vitiligo ?

Dans un premier temps, les pharmaciens ont un rôle à jouer dans le dépistage : quand une personne vient à la pharmacie acheter une crème hydratante, une protection solaire ou un fond de teint correcteur, il faut parfois savoir déceler une éventuelle autre question qui se cache derrière cette simple demande, comme une inquiétude sur des taches blanches récemment apparues. Il faut donc ouvrir le dialogue. Les patients sont démunis quand les premières dépigmentations apparaissent et se précipitent sur Internet où l'on trouve tout et n'importe quoi au sujet du vitiligo. Le pharmacien est particulièrement bien placé pour apporter des explications scientifiques face aux fausses informations. C'est à ce moment-là que débute l'accompagnement du patient, sans dramatiser. Mais il ne faut pas non plus banaliser la situation et l'orientation vers un dermatologue est recommandée. Pour être certain que le spécialiste consulté est habitué à prendre en charge le vitiligo, la présence d'une cabine UV dans le cabinet peut être retenue comme critère de sélection. Une fois le diagnostic posé, il est inutile de multiplier les consultations chez différents dermatologues pour avoir d'autres avis, cela ne fait que retarder la prise en charge. À l'annonce du diagnostic, le patient est souvent dans un état de sidération qui l'empêche de retenir ce que lui dit le médecin au sujet des traitements. Le pharmacien a donc également un rôle fondamental à ce niveau-là : faire reformuler le patient pour voir ce qu'il a compris et insister

impérativement sur l'observance. Le traitement peut durer 2 ans, et les premiers résultats n'apparaissent qu'au bout de 4 à 5 mois seulement. S'il n'y a pas de résultats au bout de 2 mois, c'est normal et il ne faut surtout pas abandonner le traitement. La mission du pharmacien est complémentaire à celle du médecin pour réencourager régulièrement l'observance, d'autant qu'à la différence du dermatologue que le patient ne voit que tous les 6 mois, le pharmacien est vu bien plus fréquemment.

Quels messages souhaitez-vous diffuser concernant le vitiligo ?

Tout d'abord, un message d'espoir : il existe désormais des traitements pour le vitiligo et d'autres sont en cours de recherche. Avoir un vitiligo de nos jours, ce n'est pas comme il y a 30 ans ! Ensuite, il faut bien comprendre que ce n'est pas qu'un problème esthétique. C'est une véritable maladie dont l'impact psychologique peut malheureusement mener au suicide. Même si, sur les réseaux sociaux, certaines célébrités affichent fièrement leur différence, dans les faits, les patients ont honte de leur peau. Comme j'ai l'habitude de le dire : le vitiligo a gagné à partir du moment où on ne pense plus qu'à lui. Le patient ne doit surtout pas rester seul avec ses idées noires. D'ailleurs il n'est pas seul : 1 million de Français sont concernés ! Adhérer à une association de patients permet de recevoir écoute, soutien et informations. En complément, un accompagnement par un psychologue peut s'avérer nécessaire pour ne pas se laisser envahir par des pensées négatives.

lure, prurit. Des douleurs, paresthésies ou éruptions au site d'application sont possibles ainsi qu'une intolérance à l'alcool avec des rougeurs du visage et une irritation qui apparaissent lors de la consommation.

Inhibiteur topique de Janus kinases (ruxolitinib)

■ Le ruxolitinib est indiqué dans le traitement du vitiligo non segmentaire avec atteinte faciale chez l'adulte et l'adolescent de plus de 12 ans pour repigmenter la peau. Deux études de phase III ont

également prouvé son efficacité pour limiter l'activité du vitiligo et arrêter la dépigmentation. Prescrit pour repigmenter la peau et lorsque la surface d'application représente moins de 10 % de la surface cutanée, le traitement peut être poursuivi jusqu'à 52 semaines. Au-delà et sans repigmentation satisfaisante, il n'est pas utile de poursuivre les applications. Lorsque la pigmentation obtenue est satisfaisante, le traitement peut être interrompu sans arrêt progressif. Si la dépigmentation réapparaît, le traitement peut être repris.

■ **Effets indésirables.** Des réactions locales (irritations, dermatite de contact, réactions allergiques) peuvent survenir, dus à différents excipients (propylène glycol, alcool cétylique et stéarylique, parahydroxybenzoate, butylhydroxytoluène). De l'acné et un prurit au niveau de la zone d'application sont également fréquents. Des cas de cancers basocellulaires ayant été décrits chez certains patients traités, la surveillance doit être renforcée, en particulier chez les patients à risque (peau claire, yeux clairs, cheveux roux, nombreuses taches de rousseur).

THÉRAPEUTIQUE

LES PRINCIPAUX MÉDICAMENTS DU VITILIGO

DCI ET SPÉCIALITÉS	POSOLOGIES	À RETENIR
DERMOCORTICOÏDES (HORS AMM)		
À activité très forte		
BÉTAMÉTHASONE DIPROPIONATE Diprolène 0,05 % pommade CLOBÉTASOL PROPIONATE Dermoval S 0,05 % crème	Chez l'enfant de plus de 12 ans et l'adulte : 1 application par jour pendant 3 mois ou une application par jour pendant 15 jours consécutifs par mois pendant 6 mois.	À appliquer en fine couche (0,5 g de produit pour une surface de deux paumes de main d'adulte*) et faire pénétrer par un léger massage jusqu'à absorption. Se laver les mains après application sauf si les mains sont concernées par le traitement.
À activité forte		
BÉTAMÉTHASONE DIPROPIONATE Diprosone S 0,05 % crème, pommade BÉTAMÉTHASONE VALÉRATE Betneval 0,1 % crème, pommade	Chez l'enfant et l'adulte : 1 application par jour pendant 3 mois ou une application par jour pendant 15 jours consécutifs par mois pendant 6 mois.	À appliquer en fine couche (0,5 g de produit pour une surface de deux paumes de main d'adulte*) et faire pénétrer par un léger massage jusqu'à absorption. Se laver les mains après application sauf si les mains sont concernées par le traitement.
DÉSONIDE Locatop 0,1 % crème		
DIFLUCORTOLONE Nérison 0,1 % crème, pommade Nérison gras 0,1 % pommade		
FLUTICASONE Flixovate 0,005 % pommade, 0,05 % crème		
DIFLUPREDNATE Epitopic 0,05 % crème		
HYDROCORTISONE ACÉPONATE Efficort hydrophile 0,127 % crème Efficort lipophile 0,127 % crème		
IMMUNOMODULATEURS TOPIQUES		
Inhibiteur de la calcineurine		
TACROLIMUS Protopic S 0,1 %, 0,03 % pommade Takrozem 0,1 % pommade	Traitement du vitiligo chez l'adulte et l'enfant à partir de 2 ans : une application matin et soir pendant 6 mois avec la possibilité de prolonger à 12 mois ou plus.	Prescription dans le cadre d'un accès compassionnel, réservée aux spécialistes en dermatologie. L'ordonnance doit porter la mention « Prescription au titre d'un accès compassionnel en dehors du cadre d'une AMM ». À appliquer en couche mince sur le visage ou le corps. Ne pas appliquer sur les muqueuses.
Inhibiteur de la voie JAK/STAT		
RUXOLITINIB Opzelura 15 mg/g crème	Traitement du vitiligo non segmentaire avec atteinte faciale chez l'adulte et l'adolescent de plus de 12 ans : une application 2 fois par jour avec un intervalle d'au moins 8 heures sur les zones dépigmentées (représentant au maximum 10 % de la surface corporelle**).	Prescription réservée aux dermatologues. Ne pas laver la peau dans les 2 heures qui suivent l'application de la crème. Ne pas appliquer sur les lèvres. Se laver les mains après l'application sauf si les mains sont concernées par le traitement. Espacer de 2 heures avec l'application d'un autre topique ou d'un produit solaire.

Source : base de données publique des médicaments. **S** : médicament substituable.

* 0,5 g de produit correspond à l'unité phalangette (quantité de crème ou pommade déposée d'un trait continu sur toute la longueur de la dernière phalange de l'index). Elle permet de traiter la surface de deux paumes de main d'adulte.

** 10 % de la surface corporelle correspond à 10 fois la surface de la main (paume et doigts).

→ Autres traitements et techniques non médicamenteuses

Photothérapie UVB

■ Elle est essentielle et fait partie intégrante du traitement pour limiter l'activité du vitiligo mais aussi induire une repigmentation et prévenir les récives. Cette technique utilise les propriétés anti-inflammatoires et modulatrices de la réponse immunitaire aux UVB.

■ Elle est recommandée chez les adultes et les enfants à partir de 8 à 10 ans.

■ La photothérapie UVB à spectre étroit est réalisée en cabinet dermatologique ou à l'hôpital lorsqu'il y a au moins 5 % de la surface corporelle atteinte. L'appareil émet des rayonnements UVB compris dans un faible intervalle de longueur d'onde (311-313 nm).

■ Le laser Excimer aux gaz xenon/chlore est une autre technique indiquée pour traiter des zones ciblées. Le rayonnement UVB émis est monochromatique (308 nm). Les résultats sont obtenus plus vite.

■ Les séances d'irradiation durent quelques secondes (laser Excimer) à une dizaine de minutes, 2 à 3 jours par semaine. Le traitement débute par une dose initiale fixe qui est ensuite ajustée en fonction du phototype et de la réponse du patient.

■ La photothérapie est arrêtée en l'absence d'amélioration après 3 mois ou si les résultats ne sont pas assez satisfaisants au bout de 6 mois.

■ Les effets indésirables les plus fréquents sont les érythèmes et la xérose (sécheresse cutanée). La photothérapie UVB n'est pas associée à un surrisque de cancer de la peau.

■ L'exposition solaire en période estivale est aussi reconnue comme étant efficace 3 à 4 fois par semaine sur une courte durée, de façon raisonnable en dehors des heures les plus chaudes, sans protection solaire, jusqu'à l'obtention d'une peau rosée sur la zone blanche le lendemain de l'exposition. Une fois l'exposition réalisée selon les recommandations, il est

L'essentiel

● Le vitiligo nécessite une prise en charge individualisée selon sa forme clinique (segmentaire ou non segmentaire) et son activité.

● La photothérapie UVB à spectre étroit associée à des dermocorticoïdes ou des immunomodulateurs topiques (tacrolimus ou ruxolitinib), voire systémiques dans certains cas, permet de diminuer l'activité du vitiligo et d'induire une repigmentation.

● Le choix du traitement est fonction de la localisation, de la surface atteinte et de l'âge du patient. Dans le vitiligo non segmentaire, une corticothérapie orale séquentielle associée à la photothérapie permet de freiner la destruction des mélanocytes.

● Un traitement d'entretien à base de tacrolimus ou de dermocorticoïdes permet de limiter les récives.

nécessaire de se protéger des rayonnements UV (écran solaire large spectre SPF50+, vêtements couvrants).

Chirurgie

Elle constitue une option thérapeutique en cas d'échec aux traitements médicaux dans le **vitiligo segmentaire stable** ou dans les formes localisées et stables de vitiligos non segmentaires. La principale technique est la greffe mélanocytaire autologue. Après une mise en culture de mélanocytes prélevés sous anesthésie locale sur des zones pigmentées et une dermabrasion de la zone receveuse, la suspension est déposée sur la zone concernée. Un pansement est laissé en place 7 jours jusqu'à cicatrisation complète. La repigmentation est progressive et évaluée tous les 3 mois. Elle est optimale au bout de 9 mois.

Dépigmentation

■ Cette option thérapeutique est proposée lorsque la dépigmentation est supérieure à 50 % de la surface corporelle. Le principe est d'induire des lésions tissulaires irréversibles et de créer ainsi de nouvelles zones de dépigmentation.

■ En France, seules les techniques par laser (efficace sur 10 % de la surface lésion-

nelle après 3 séances) et par cryothérapie (qui présentent l'avantage d'être peu coûteuses et d'offrir un bon profil de sécurité) sont possibles. La dépigmentation par produit chimique n'est plus autorisée.

■ Par la suite, les expositions solaires intenses sont à éviter. Une photoprotection stricte (écran solaire large spectre SPF50+, vêtements couvrants) est nécessaire.

Solutions cosmétiques

■ Elles sont souvent utiles en cas d'inefficacité du traitement ou lors de l'attente de repigmentation.

■ Maquillage médical correcteur, autobronzant, dermopigmentation (injection de pigments, possible uniquement au niveau des lèvres et des aréoles mammaires) sont reconnus pour améliorer la qualité de vie du patient.

Perspectives

■ Dans un avenir proche, des traitements par voie systémique pourraient être utilisés. Actuellement, certains immunomodulateurs (méthotrexate, ciclosporine, azathioprine) sont prescrits hors AMM avec des données d'efficacité et de tolérance encore limitées. Les inhibiteurs de Janus kinases par voie orale représentent les traitements les plus prometteurs.

GLOSSAIRE

VITILIGO STABLE

Vitiligo dans lequel il n'y a pas de nouvelles lésions ou d'extensions (évaluation photographique) pendant une période de 12 mois.

Par **Stéphanie Satger**, pharmacienne, avec l'aimable collaboration du **Pr Julien Seneschal**, dermatologue responsable de l'unité dermatologie inflammatoire et auto-immune, centre de référence pour les maladies rares de la peau, CHU de Bordeaux (Gironde)

Dr Marc J.
Dermatologue

25/10/2025

M^{me} H.,
née le 14 avril 1998
1,72 m, 63 kg

Ruxolitinib 1,5% crème (Opzelura) : appliquer 2 fois par jour en fine couche matin et soir sur les zones dépigmentées de la peau, sur au maximum 10% de la surface corporelle.

Ne pas utiliser plus de 2 tubes de 100 g par mois.

QSP 4 mois, renouvelable 1 fois.

UNE REPIGMENTATION INSUFFISANTE

Jeanne H., 27 ans, sort de la consultation avec le dermatologue qui la suit pour un vitiligo diagnostiqué il y a 3 ans. Jugeant la repigmentation insuffisante, il entreprend un nouveau traitement.

QUEL EST LE CONTEXTE DE L'ORDONNANCE ?

Que savez-vous de la patiente ?

■ Il y a quelques années, M^{me} H. avait remarqué de toutes petites taches blanches sur ses mains auxquelles elle n'avait pas prêté grande attention. C'est un an après, lorsque ces taches se sont étendues et qu'elle en a eu sur le visage, qu'elle a consulté un dermatologue. Celui-ci a diagnostiqué un vitiligo non segmentaire. Après une prescription de cortisone par voie orale pour arrêter l'extension de la maladie, il lui a prescrit du tacrolimus en pommade pour les lésions du visage et de la bétaméthasone en crème pour les mains, que son médecin généraliste renouvelle depuis. M^{me} H. étant très anxieuse à l'idée que son vitiligo puisse s'étendre, le généraliste lui prescrit depuis quelques mois de la paroxétine, en parallèle d'une psychothérapie qu'elle a commencé.

■ M^{me} H. partage désormais sa vie avec Paul. Cette relation l'aide à surmonter les doutes qu'elle pouvait exprimer quant à son avenir amoureux. Outre ses traitements pour le vitiligo, la pharmacie délivre régulièrement à M^{me} H. un contraceptif oral : Optilova (éthinyloestradiol 20 µg/lévonorgestrel 100 µg) prescrit par un gynécologue.

■ Déçue des résultats des traitements de son vitiligo, M^{me} H. est allée consulter son dermatologue.

Que lui a dit le spécialiste ?

Le dermatologue a rassuré M^{me} H. en lui confirmant que son vitiligo n'était pour le moment pas actif. Il trouve en revanche que la repigmentation est insuffisante. Il décide donc de changer son traitement et de lui prescrire en remplacement du tacrolimus et du dermocorticoïde, un nouveau traitement en crème disponible en officine depuis un an. Il lui a également expliqué l'importance de l'exposition aux UV pour stimuler la repigmentation et lui a donné des adresses de confrères pratiquant la photothérapie.

LA PRESCRIPTION EST-ELLE COHÉRENTE ?

Que comporte l'ordonnance ?

Le ruxolitinib est un inhibiteur des Janus kinases (JAK), enzymes intracellulaires impliquées dans les processus immunitaires et inflammatoires entrant en jeu dans le vitiligo.

Est-elle recevable ?

Oui, le ruxolitinib est un médicament dont la prescription est restreinte aux spécialistes en dermatologie et l'ordonnance présentée émane du dermatologue de M^{me} H.

Est-elle conforme à la stratégie thérapeutique ?

Oui, le ruxolitinib est le premier traitement local ayant une autorisation de mise sur le marché dans le vitiligo. Il est indiqué chez les enfants à partir de 12 ans dans le vitiligo non segmentaire avec atteinte faciale.

La posologie est-elle cohérente ?

Oui, la dose recommandée est l'application d'une fine couche de crème sur un maximum de 10% de la surface corporelle. Les lésions de M^{me} H., inférieures à l'équivalent de la surface de 10 mains, représentent moins de 10% de sa surface corporelle. La dose recommandée n'est donc pas dépassée.

Y a-t-il des contre-indications ?

En dehors de l'allergie à l'un des composants, les seules contre-indications à l'administration d'Opzelura sont la grossesse et l'allaitement. Le pharmacien vérifie que M^{me} H. n'a pour l'instant pas de projet de grossesse et qu'elle continue bien à prendre son contraceptif. Il insiste sur l'importance de sa bonne observance, du fait d'un risque tératogène lié à Opzelura durant toute la durée du traitement et 4 semaines après son arrêt.

Quand la patiente pourra-t-elle juger de l'efficacité du traitement ?

■ La repigmentation, qui nécessite une exposition concomitante aux UV, peut demander un traitement de plus de 24 semaines. Si la repigmentation est inférieure à 25% de la surface traitée après 52 semaines (1 an) de traitement, M^{me} H. devra en parler à son dermatologue qui pourra décider de l'arrêt du traitement.



Qu'en pensez-vous ?

M^{me} H. revient quelques jours plus tard car elle n'a pas réussi pour l'instant à trouver de rendez-vous de photothérapie malgré les contacts donnés par son dermatologue; elle demande si elle peut faire ses séances de photothérapie en cabine esthétique.

1) Oui, tout à fait, elle aura d'ailleurs plus de chances de trouver de la place dans un salon d'esthétique du fait des difficultés à obtenir des rendez-vous de photothérapie chez les dermatologues.

2) Non, il faut impérativement aller chez un dermatologue pour la photothérapie.

Réponse: il faut aller chez un dermatologue pour la photothérapie, qui nécessite des cabines avec du matériel réglementé émettant des longueurs d'ondes spécifiques et réservé aux dermatologues. Pour le vitiligo, la photothérapie utilisée est la photothérapie UVB à spectre étroit (longueur d'onde de 311-313 nm), évitant l'exposition aux UVA, nocifs. En revanche, en cas de difficulté à obtenir des rendez-vous chez les dermatologues en raison notamment du manque de cabines spécifiques, l'héliothérapie (exposition au soleil) peut se substituer à la photothérapie. Elle consiste à s'exposer au soleil plusieurs fois par semaine, sans protection solaire, jusqu'à rosissement des zones blanches, et doit être encadrée par les conseils pratiques du dermatologue (durée progressive d'exposition, temps maximal d'exposition, nombre hebdomadaire d'exposition) adaptés au phototype du patient et à la forme du vitiligo. Il fallait donc retenir la deuxième proposition.

■ Une fois la repigmentation obtenue, le traitement peut être interrompu, sans diminution progressive de la posologie (à ce jour, on ne dispose pas de données concernant les modalités de l'arrêt). Il est possible de réinstaurer Opzelura en cas d'apparition de nouvelles lésions de vitiligo.

Le traitement nécessite-t-il une surveillance particulière ?

Oui, un examen régulier de la peau est nécessaire pour surveiller la survenue éventuelle de lésions de cancer cutané, particulièrement en présence de facteur de risque (peaux claires et très claires, antécédents personnels et familiaux, exposition aux rayonnements UV artificiels et non artificiels, etc.). En effet, même si aucun lien de causalité n'a été prouvé, des cas ont été rapportés chez des patients à risque traités par ruxolitinib par voie locale.

QUELS CONSEILS DONNER ?

Modalités d'utilisation d'Opzelura

■ La crème doit être appliquée en couche fine sur la plus petite zone de peau nécessaire 2 fois par jour en respectant un intervalle de 8 heures entre 2 applications. Éviter de laver la peau traitée pendant les 2 heures qui suivent l'application et ne pas en apposer sur les lèvres (risque d'ingestion). En cas d'administration accidentelle au niveau des yeux ou des muqueuses, essuyer la crème et rincer avec de l'eau. Se laver les mains après l'application sauf si les mains sont atteintes. M^{me} H. n'est donc pas concernée par ce conseil.

■ Il ne faut pas dépasser 2 tubes par mois et le tube, une fois ouvert, doit être utilisé dans les 6 mois.

Quels sont les effets indésirables ?

Le principal effet indésirable est la survenue d'acné et/ou de prurit au niveau du site d'application.

Quels conseils associés donner ?

■ Le pharmacien rappelle à M^{me} H., l'importance d'éviter tout ce qui est susceptible d'irriter ou de froter la peau afin de diminuer le risque d'extension des lésions du vitiligo au niveau des zones soumises à des microtraumatismes (*voir page 14*).

■ En attendant l'effet du traitement sur la repigmentation, le pharmacien propose des solutions correctrices en prenant

soin de tester les teintes à la lumière du jour de préférence (et non sous les néons de l'officine).

■ Il informe la patiente sur les risques de photosensibilisation (notamment avec les parfums et les cosmétiques) lors des séances de photothérapie. Ces derniers ne devront pas être appliqués avant l'exposition aux UV. La prise de certains médicaments (antibiotiques de la famille des cyclines, des sulfamides ou des fluoroquinolones notamment), également photosensibilisants, serait à signaler au médecin avant les séances.

Par **Delphine Guilloux**, pharmacienne, avec l'aimable collaboration du **D^r Inès Zarea**, dermatologue et vénéréologue à l'hôpital Saint-Joseph (Paris), membre de Reso-dermatologie

ACCOMPAGNER LE PATIENT ATTEINT DE VITILIGO

Pour optimiser la prise en charge des patients concernés, il est essentiel de connaître l'impact de la maladie sur leur vie quotidienne et d'identifier les difficultés qu'ils peuvent rencontrer, afin de leur apporter un soutien et des conseils adaptés.

LE VITILIGO VU PAR LES PATIENTS

IMPACT PSYCHOLOGIQUE

■ Les patients atteints de vitiligo n'ont pas tous le même ressenti vis-à-vis de leur pathologie. En effet, certains arrivent à assumer leur différence et même à en être fiers.

■ En revanche, d'autres en sont très complexés et en souffrent. Ce mal-être peut engendrer de l'anxiété et mener à une véritable dépression et à des passages à l'acte suicidaire.

IMPACT PHYSIQUE

Les peaux vitiligineuses sont très sensibles au soleil et exposent davantage au risque de coups de soleil. Ainsi, certains patients (notamment ceux travaillant en extérieur) évoquent une souffrance physique liée aux brûlures.

IMPACT SUR LA VIE SOCIALE

■ Le regard insistant des autres et les remarques souvent vécues comme blessantes peuvent être dévastateurs pour les patients : ils se replient alors sur eux-mêmes. À l'école, les enfants sont susceptibles de subir des moqueries et des remarques très humiliantes (« tu as des taches de saleté », « tu ressembles à un dalmatien », « on dirait une vache »).

■ Certaines personnes, par méconnaissance, évitent le contact avec les patients dont ils craignent – à tort – la contagiosité. Les loisirs ou activités sportives deviennent parfois une véritable

épreuve pour les patients (appréhension à se mettre en maillot de bain, à se déshabiller dans des vestiaires collectifs, etc.).

■ À l'âge adulte, la vie amoureuse peut elle aussi être affectée (sentiment de faire honte au partenaire en public, difficultés à dévoiler son corps dans l'intimité, etc.).

IMPACT PROFESSIONNEL

La maladie affecte le rapport aux autres, y compris dans la vie professionnelle. Les patients risquent de souffrir de discriminations à l'embauche (notamment les métiers de représentation ou les commerciaux).

À DIRE AU PATIENT ET À SON ENTOURAGE

À PROPOS DE LA PATHOLOGIE

■ **Perceptions.** Contrairement à certaines idées reçues, le vitiligo n'est pas une maladie liée à un manque d'hygiène et il n'est ni contagieux ni héréditaire.

Les parents dont les enfants atteints de vitiligo subissent des moqueries à l'école, se sentent souvent très démunis et inquiets. Leur conseiller d'en parler à l'enseignante peut aider à mettre fin à certaines situations de harcèlement.

Face à un proche manifestant des complexes sur ses taches de vitiligo, l'entourage répond souvent maladroitement, dans un but de réconfort, « qu'il y a pire » ou « que ce n'est qu'esthétique ». Or, ces remarques – difficiles à entendre pour les patients – sont à éviter car elles minimisent l'impact de la maladie sur la confiance en soi.

■ **Reconnaître un vitiligo actif.** Le patient doit savoir reconnaître les signes de vitiligo actif : il s'agit d'une urgence thérapeutique, car il est plus facile d'empêcher la dépigmentation que de repigmenter la peau. Le patient devra donc consulter rapidement en cas de plaques qui démangent, d'apparition de multiples petits points blancs, de taches aux bords plus foncés que le centre ou de plaques sur des zones de frottement.

■ Protéger la peau

Soleil. La peau dépigmentée par le vitiligo est particulièrement sensible aux coups de soleil et doit en être protégée par des vêtements couvrants et une crème indice 50+, appliquée toutes les 2 heures et après chaque baignade.

QUESTION
DE PATIENT



« Existe-t-il des compléments alimentaires utiles pour les peaux vitiligineuses ? »

La superoxyde dismutase (SOD) est un actif antioxydant qui agirait, selon certaines études, sur le stress oxydatif impliqué dans le vitiligo. Il existe sous forme de crèmes ou par voie orale : c'est per os qu'il est le plus efficace, à condition d'être sous forme gastroprotégée (en raison d'une absorption digestive faible). L'association de compléments alimentaires contenant de la SOD (comme V-SOD de GliSODin, Vitix du laboratoire ACM) aux traitements UVB et topiques améliore les résultats thérapeutiques, mais ces compléments alimentaires ne peuvent en aucun cas se substituer au traitement.

Cependant, le dermatologue pourra conseiller au patient en cours de repigmentation, de s'exposer au soleil de manière progressive afin de stimuler la production de mélanocytes.

Frottements. Expliquer au patient que les frottements favorisent l'apparition des lésions : c'est ce qu'on appelle le phénomène de Koebner. Pour le limiter, il est conseillé de se laver sans trop frotter la peau et la sécher en tamponnant, utiliser une brosse à dents électrique (qui entraîne moins de frottements sur la commissure des lèvres qu'une brosse à dents manuelle) et se brosser doucement les cheveux pour éviter les dépigmentations à la lisière du cuir chevelu.

■ Pratiquer un démaquillage doux : appliquer le démaquillant (lait, gelée ou huile) du bout des doigts avec des massages circulaires, puis le retirer avec un carré de coton imbibé d'eau thermale, de l'intérieur vers l'extérieur du visage. S'il s'agit d'une eau micellaire, imbiber généreusement le coton et tapoter le visage avec puis, avec l'autre côté du coton, lisser de l'intérieur vers l'extérieur du visage.

■ Déconseiller les peelings et préférer l'épilation au rasage. Pour les hommes, opter pour le rasoir mécanique, plus doux et engendrant moins de frottement que le rasoir électrique.

■ Orienter vers le port de vêtements amples et de sandales en été (elles provoquent moins de frottements que des chaussures fermées et serrées), et éviter les montres, bracelets ou colliers lourds. Enfin, déconseiller certaines positions qui entraînent une pression sur la peau (appuyer ses coudes sur la table, maintenir la joue et le menton avec la main, etc.).

■ **Estomper les taches.** Pour effectuer un maquillage correcteur du visage, commencer par appliquer une crème hydratante (pour une bonne tenue du maquillage), puis une crème solaire indice 50+. Utiliser un fond de teint correcteur de teinte adapté, testé de préférence à la lumière du jour (crème de teint compacte Couvrance d'Avène, fond de teint Tolériane fluide correcteur de La Roche Posay, Dermablend Vichy, etc.). L'appliquer en étoile de l'intérieur de la plaque vers l'extérieur à l'aide d'un pinceau ou d'une éponge, en lissant pour un rendu plus léger, ou en tapotant pour plus de couvrance. Terminer par l'application d'une poudre pour fixer le maquillage (poudre mosaïque translucide Couvrance d'Avène, poudre fixatrice matifiante Tolériane de La Roche Posay).

EN SAVOIR PLUS

Association française du vitiligo
afvitiligo.com

À destination des patients sont proposés des articles, divers conseils pour le quotidien, comme des vidéos pour apprendre à réaliser un maquillage correcteur, par exemple, mais également des groupes de partage et de soutien, très utiles pour sortir de l'isolement. Pour les jeunes, la BD *Le Vitiligo et nous*, accessible gratuitement sur le site, évoque le regard des autres, les rencontres amoureuses et les répercussions sur les loisirs.

■ Pour corriger les taches du corps en été, l'usage d'autobronzant (comme le lait hydratant autobronzant Vichy, la mousse autobronzante Sun Secure SVR) peut être utile. Le gel correcteur de teint Viticolor (laboratoire ACM) s'applique sur les zones dépigmentées et offre une correction durant 3 à 5 jours.

À PROPOS DU TRAITEMENT

Le vitiligo est une maladie qui se soigne. Il existe des traitements efficaces, à condition d'être bien observant.

■ **Dermocorticoïdes.** Une unité phalange (un trait de crème le long d'une phalange d'un adulte) permet de traiter une surface équivalente à deux paumes de mains d'un adulte. S'assurer que le patient a bien compris que l'application sur le pourtour des yeux était contre-indiquée (risque de glaucome). Lui rappeler de se laver les mains après l'application sauf s'il s'agit d'une zone à traiter.

■ **Topiques immunomodulateurs.** Le ruxolitinib et le tacrolimus s'appliquent en fine couche sur les zones dépigmentées, en 2 applications par jour (séparées d'au moins 8 heures). Puis, se laver les mains (sauf s'il s'agit d'une zone à traiter) et attendre au moins 2 heures avant de laver la peau ou d'appliquer d'autres crèmes (émollientes, solaires, etc.).

Le ruxolitinib est contre-indiqué en cas de grossesse ou d'allaitement. Les femmes en âge de procréer doivent suivre une contraception efficace pendant le traitement et 4 semaines après son arrêt.

Lors de l'initiation d'un traitement par tacrolimus, avertir le patient que des irritations cutanées sont fréquentes mais régressent après la deuxième semaine de traitement. Déconseiller la consommation d'alcool car elle peut entraîner des rougeurs du visage et des irritations cutanées.

■ **Photothérapie.** Elle permet de stimuler la production de mélanine pour repigmenter la peau. Le traitement est long (6 à 24 mois). Informer le patient qu'il est nécessaire d'attendre au moins 6 mois pour juger de l'efficacité. En effet, beaucoup de patients arrêtent le traitement par découragement en absence de résultats au bout de 1 à 2 mois.

Par ailleurs, les résultats de photothérapie sont plus ou moins bons en fonction de la partie du corps traitée : elle fonctionne bien sur le visage et le décolleté, tandis que les poignets, les mains et les pieds sont les zones les plus difficiles à repigmenter.

■ **Greffe mélanocytaire.** Une greffe mélanocytaire pourra, selon les patients, être proposée par le médecin, sur des petites surfaces qui ne subissent pas de frottement particulier, lorsque les traitements usuels s'avèrent inefficaces. Elle consiste à prélever une zone de peau saine (cuir chevelu ou fesse) et de la greffer sur la zone à repigmenter. Après la greffe, des soins locaux (pansements) sont à prodiguer jusqu'à cicatrisation. Il faut attendre 3 à 6 mois pour juger de l'efficacité.

Par **Carmela Azzopardi**, pharmacienne, avec l'aimable relecture de **Martine Carré**, présidente de l'Association Française du Vitiligo

LE VITILIGO

À PROPOS DE LA PATHOLOGIE

...o Maladie auto-immune qui concerne 1 million de Français, le vitiligo conduit à la destruction des mélanocytes et à une dépigmentation de la peau. Une leucotrichie, ainsi qu'une dépigmentation des muqueuses et des aréoles mammaires peuvent également être observés.

...o On distingue deux grandes formes de vitiligo : le vitiligo non segmentaire (forme la plus fréquente) avec des taches bilatérales, voire symétriques, présentes sur plusieurs parties du corps, et le vitiligo segmentaire, unilatéral et localisé.

...o Maladie multifactorielle, sa survenue associe une prédisposition génétique à des facteurs environnementaux (tels stress, frictions chroniques, exposition à certains produits chimiques), mais ce n'est pas une maladie héréditaire. Elle est fréquemment associée à d'autres maladies auto-immunes (dysthyroïdies, diabète de type 1, psoriasis, pelade, etc.).

...o Le vitiligo évolue par poussées – au cours desquelles de nouvelles taches blanches apparaissent – pouvant être entrecoupées de périodes de stabilité. Un vitiligo actif inflammatoire constitue une urgence diagnostique, car il est plus facile d'empêcher la dépigmentation que de repigmenter la peau. Il faut donc consulter rapidement un dermatologue en cas de plaques qui démangent ou d'apparition de multiples petits points blancs en confetti, ou de taches aux contours irréguliers.

...o Pathologie bénigne, mais très affichante chez certains, le vitiligo a souvent un impact psychologique important et altère la qualité de vie.

À PROPOS DE SA PRISE EN CHARGE

...o Le traitement a pour but de bloquer la dépigmentation, d'induire une repigmentation et d'éviter les récidives. Il dépend de la forme et de l'activité du vitiligo.

...o En cas de vitiligo actif, la prise en charge de référence repose sur une corticothérapie orale 2 jours par semaine pendant 3 à 6 mois.

...o En cas de vitiligo non actif, le traitement fait appel aux dermocorticoïdes d'activité forte ou très forte (hors AMM) ou aux immunomodulateurs topiques : le tacrolimus ou le ruxolitinib. Le choix du topique dépend de la localisation (les dermocorticoïdes sont à éviter sur le visage et sont contre-indiqués sur les paupières du fait des risques de glaucome), de la surface atteinte (le ruxolitinib est indiqué sur un maximum de 10 % de la surface corporelle) et de l'âge du patient (le tacrolimus est utilisé à partir de 2 ans, le ruxolitinib à partir de 12 ans).

...o Les traitements médicamenteux sont associés à de la photothérapie UVB à spectre étroit ou à de l'héliothérapie.

...o Le traitement dure plusieurs mois et peut paraître chronophage et fastidieux pour le patient. Lors de sa délivrance, il est essentiel de l'informer sur le fait que les résultats ne sont pas immédiats et de réencourager régulièrement la bonne adhésion au traitement.

...o Une greffe mélanocytaire est parfois envisageable sur des petites surfaces qui ne subissent pas de frottement particulier. Lorsque la dépigmentation est supérieure à 50 %, le traitement peut consister en une dépigmentation des zones visibles secrétant encore de la mélanine, par laser ou par cryothérapie.

CONSEILS À DONNER

...o Orienter vers des associations de patients et, si nécessaire, vers un soutien psychologique.

...o Conseiller de limiter les frictions (porter des vêtements amples, attention aux bijoux, gestes doux pour la toilette et le démaquillage, etc.).

...o Donner des informations sur la protection solaire et les cosmétiques correcteurs.



LE MONITEUR
FORMATION



N° Vert 0 800 94 98 95
APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE



retrouvez-nous sur lemoniteurdespharmacies.fr

LE MONITEUR DES PHARMACIES 19-21, rue Dumont-d'Urville 75116 Paris - lemoniteurdespharmacies.fr

La charte éditoriale : lemoniteurdespharmacies.fr/Charte. Les déclarations publiques d'intérêt (DPI) : lemoniteurdespharmacies.fr/DPI. Les bibliographies complètes : lemoniteurdespharmacies.fr/Bibliographies.

Coordination : Maïtena Teknetzian et Mathilde Combel, pharmaciennes - Direction des rédactions : Laurent Lefort - Rédaction en chef : Alexandra Blanc - Secrétariat de rédaction : Anthony Le Breton, Violaine Marin - Maquette : Laurence Krief - Photo couverture : iStock

Chaque Cahier Formation est relu par un membre du comité scientifique avant parution.

COMITÉ SCIENTIFIQUE : Françoise Amoureux, pharmacienne d'officine et professeure associée (Bordeaux); Grégory Arpino, pharmacien d'officine; Mireille Becchio, médecin généraliste; Noëlle Davoust, pharmacienne d'officine et professeure associée (Rennes); Florence Deguine-Riaux, pharmacienne d'officine; Éric Douriez, pharmacien d'officine; Alessandra Dragoni, pharmacienne d'officine; Pierre Garcia-Santos, pharmacien d'officine; Florence Piussan, enseignante et pharmacienne réserviste; Caroline Wehrle, pharmacienne d'officine et professeure associée (Strasbourg); Patrick Wierre, docteur en pharmacie, expert à la Commission de la transparence; Tony Zhao, pharmacien d'officine.

Éditeur : 1 Healthmedia-Health Initiative, SAS au capital de 2 000 € - RCS Paris 838 045 987

Président, directeur de la publication : Julien Kouchner

Imprimeur : Senefelder Misset, Pays-Bas. N° de la commission paritaire : 0126 T 81808 - ISSN : 0026-9689

Dépôt légal : à parution. Prix au numéro : 8 €. Prix du hors-série L'Annuel : 32 €. Prix du supplément *Pharmacien Business* : 12 €.

Abonnement : 48 numéros incluant les cahiers spéciaux (formation et thématique) + l'accès à l'intégralité du site lemoniteurdespharmacies.fr + 12 numéros de *Pharmacien Business*. Numéros servis sur une durée de 47 à 52 semaines. Accès aux archives réservé pour les revues auxquelles vous êtes abonné. Tarif : 359 € TTC TVA 2,10 %.

Drom-COM et autres pays : consultez le site lemoniteurdespharmacies.fr - Abonnement étudiants sur justificatif (48 numéros) : 149 € TTC TVA 2,10 %.

Nous faisons le choix d'utiliser du papier certifié PEFC issu de forêts gérées durablement.