

## La photothérapie UV en dermatologie

La photothérapie UV se décline aujourd'hui au pluriel et utilise soit les seuls UV, UVB à large spectre ou à spectre étroit (dite photothérapie TL01), UVA long dit UVA1 ou simultanément les UVA et les UVB, soit l'association d'un photosensibilisant et d'une exposition lumineuse UVA réalisant la PUVA thérapie. **En France les deux photothérapies les plus utilisées sont la PUVA et la photothérapie UVB spectre étroit** alors que la photothérapie UVA1 développée en Allemagne est peu utilisée.

Le type de photothérapie est choisi par votre médecin selon votre état et en fonction de votre maladie de peau.

**La Photothérapie est prise en charge par la Sécurité Sociale après acceptation de la demande d'entente préalable.**

Le principe même de la PUVA nécessite, préalablement à l'exposition aux UV, l'administration d'un psoralène (Méladinine®), le plus habituellement faite par voie orale mais pouvant aussi se faire par l'immersion d'un segment de membre ou du corps entier dans une solution aqueuse de psoralène (balnéoPUVA).

L'exposition corporelle aux UV est réalisée grâce à des cabines d'irradiation équipées soit de tubes Philips UVB TL01, soit de tubes UVA (Philips TL09 ou Sylvania dite PUVA), soit des deux (21 tubes UVB et 21 tubes UVA), homologuées (marquage CE, certification ISO-DIN) et munies de systèmes de dosimétrie performants. Des modules adaptés permettent aussi une exposition localisée aux mains, aux pieds et au crâne.

Le rythme des séances est habituellement de plusieurs séances par semaine (habituellement 3 séances espacées de 48 heures), délivrant des doses d'UV progressivement croissantes. Environ 30 séances sont nécessaires pour obtenir le résultat escompté.

**Les effets secondaires aigus sont habituellement bénins et relèvent le plus souvent d'une mauvaise gestion des paramètres de traitement**, dose d'UV ou quantité de psoralène administré, non prise en compte d'un photosensibilisant utilisé de manière intercurrente par le patient. L'intolérance digestive (nausées) est fréquente après prise orale de Méladinine. La sécheresse cutanée induite par le traitement est habituelle nécessitant l'application d'une émulsion corporelle hydratante, le soir, jamais avant la séance ; une augmentation de la pilosité peut aussi être notée disparaissant à l'arrêt du traitement.

La PUVAthérapie, mais pas les photothérapies utilisant les seuls UV sans adjonction de psoralène est contre-indiquée chez la femme enceinte, cependant une contraception n'est pas nécessaire avant la mise en route du traitement. En cas de survenue d'une grossesse, la PUVAthérapie est arrêtée.

Le risque oculaire (cataracte) est prévenu par de strictes mesures de protection oculaire : port de lunettes de soleil le jour des séances, port de lunettes-coques opaques pendant les

séances.

**La principale préoccupation, en cas de répétition de nombreuses séances de photothérapie, est le risque d'induction de cancers cutanés.** Pour limiter ce risque toute photothérapie est habituellement évitée en cas d'antécédents personnels de cancer cutané, d'expositions antérieures aux rayons X, de présence de lésions pré-cancéreuses cutanées ; bien évidemment le médecin est seul juge pour décider ou non d'une photothérapie en fonction du bénéfice attendu par rapport aux risques encourus. Un bilan cutané complet est ainsi indispensable avant de débiter la Photothérapie pour dépister les patients qui présenteraient un risque individuel particulier face aux cancers cutanés.

**Le risque de développer un cancer cutané augmente quand le nombre de séances est supérieur à 200-250 séances reçues au cours de toute une vie,** de fait la communication au médecin de toute photothérapie antérieure ou de l'usage des lampes de bronzages à visée esthétique est indispensable. En l'absence d'atteinte, il est conseillé de protéger lors de la séance le visage ainsi que les organes génitaux masculins car il existe au niveau de ces zones un risque plus grand de cancers cutanés. Une surveillance annuelle du tégument des sujets ayant reçus plus de 150 séances de photothérapie doit être instaurée pour dépister précocement la survenue de lésions précancéreuses voir de cancers débutants. .

**Les indications de la photothérapie** sont nées d'essais cliniques, une multitude de dermatoses bénéficient aujourd'hui de la photothérapie et les essais cliniques comparatifs entre les différentes techniques permettent de discerner plus clairement les indications relatives de chacune d'elles. La principale indication par la fréquence est le **psoriasis** où la photothérapie reste le traitement de référence, aucun autre traitement ne peut prétendre aujourd'hui avoir une efficacité comparable dans les formes habituelles étendues.

Les principales autres indications sont :

- La **dermatite atopique** en grande poussée quand les soins locaux sont dépassés.
- Les **lymphomes cutanés**, affection rare mais où la PUVA au stade précoce est souvent reconnue comme le traitement de référence.
- Les **photodermatoses** quand les produits de protection solaires et /ou la prise de médicaments photoprotecteurs internes ne sont pas suffisants.
- Le **vitiligo**, où les résultats sont globalement décevants mais à ce jour aucune autre méthode thérapeutique n'a révélé une réelle efficacité , on peut faire la même constatation pour les **pelades étendues**.
- Les **dermatoses palmo-plantaires** qui relèvent de l'eczéma ou du psoriasis quand les soins locaux ne sont plus efficaces.

Il est évident que le bénéfice/risque sera toujours comparé par rapport aux autres traitements disponibles pour l'affection considérée avant d'entreprendre une photothérapie.

Lors que plusieurs méthodes de photothérapie sont évaluées dans une indication, comme c'est par exemple le cas dans le psoriasis ou la dermatite atopique, le choix dépend du terrain, de la simplicité de mise en œuvre du traitement et à ce dernier propos la photothérapie UVB spectre étroit est particulièrement intéressante.

Certaines **dermatoses de l'enfant** peuvent nécessiter le recours à une photothérapie en raison de l'absence d'autres thérapeutiques efficaces (vitiligo, pelade,) ou en cas d'atteinte invalidante et après échec des autres thérapeutiques efficaces (dermatite atopique, psoriasis, lécithes). Du fait des risques cutanés à long terme non précisément évalué, encore plus que chez l'adulte, Toute photothérapie ne doit être proposée qu'après une évaluation précise du rapport risque/efficacité. Ceci sous-entend la confirmation de l'échec des autres méthodes thérapeutiques et du caractère invalidant de l'affection.