

**Protocole National de diagnostic et de soins (PNDS)
Dermatite herpétiforme (DH)**

Texte du PNDS

Centres de référence des maladies bulleuses auto-immunes

Avril 2016

Sommaire

Synthèse à destination des médecins traitants	3
1 Les maladies bulleuses auto-immunes	3
2 La dermatite herpétiforme	3
Guide	7
Introduction	7
1 Diagnostic et évaluation initiale.....	7
1.1 Objectifs principaux.....	7
1.2 Professionnels impliqués	8
1.3 Examen clinique.....	8
1.4 Examens complémentaires.....	9
2 Prise en charge thérapeutique	10
2.1 Professionnels impliqués	10
2.2 Lieu et rythme du suivi.....	11
2.3 Modalités de traitement	11
3 Information des patients	13
Annexes 1 : Examens nécessaires à la mise en place et au suivi des traitements.....	14
Annexes 2 : Coordonnées des centres de référence et des associations de patients.....	15
1 Centres de référence	15
2 Associations de patients	17
Participants	18

Synthèse à destination des médecins traitants

1 Les maladies bulleuses auto-immunes

Les maladies bulleuses auto-immunes constituent un groupe hétérogène de maladies à la fois très diverses, peu fréquentes et de pronostic variable, parfois sévère. Elles sont secondaires à des lésions de différents constituants de la peau : l'épiderme, la jonction dermo-épidermique ou le derme superficiel. Ces lésions résultent d'une réaction auto-immune et ont pour conséquence clinique la formation de bulles cutanées ou des muqueuses externes.

Le médecin généraliste doit évoquer une maladie bulleuse auto-immune et orienter le patient vers un dermatologue face aux signes cliniques suivant :

- dysphagie avec érosions buccales chroniques ne guérissant pas spontanément en quelques jours, ou survenant en dehors d'un contexte d'introduction médicamenteuse récente ;
- éruption bulleuse ou urticarienne ou eczématiforme chronique (ne guérissant pas spontanément en quelques jours), survenant chez un patient âgé ;
- éruption urticarienne ou eczématiforme ou bulleuse survenant chez une femme enceinte ;
- conjonctivite chronique d'évolution synéchiante ;
- éruption bulleuse ne guérissant pas spontanément (ou sous antibiotiques) en quelques jours chez un enfant ;
- prurit persistant sans explication chez un sujet jeune, surtout si diarrhée ou contexte de malabsorption.

Les principaux éléments du diagnostic des différentes maladies bulleuses auto-immunes figurent dans le tableau 1.

Le présent PNDS décrit la prise en charge de la dermatite herpétiforme.

2 La dermatite herpétiforme

La dermatite herpétiforme (DH) est une dermatose bulleuse auto-immune rare caractérisée par une association avec une entéropathie au gluten (EG) quasi constante. Elle est liée à des anticorps IgA anti-transglutaminase épidermique.

Elle touche les adultes d'âge moyen et se caractérise typiquement par une éruption microvésiculeuse très prurigineuse des fesses et des faces d'extension des membres. La biopsie confirme le diagnostic en retrouvant des micro-abcès de polynucléaires neutrophiles au sommet des papilles dermiques et des dépôts granuleux d'IgA à la jonction dermo-épidermique en immunofluorescence directe. Le bilan doit comprendre, outre un bilan de malabsorption et une recherche d'anticorps circulants anti-

endomysium et anti-transglutaminase, une endoscopie digestive haute avec biopsies duodénales pour rechercher une maladie cœliaque associée.

Le traitement repose sur la dapsons, rapidement efficace, et le régime sans gluten si l'atrophie villositaire est confirmée. Un sur-risque de lymphome secondaire (lymphome non-hodgkinien) a été retrouvé dans plusieurs études.

Quand suspecter un diagnostic de dermatite herpétiforme ?

Y penser devant :

- Un prurit chez un sujet jeune surtout en cas de signes de malabsorption digestive
- Des microvésicules ou des lésions d'excoriation d'allure symétrique sur les faces d'extension des membres et sur les fesses

Quelle conduite à tenir

- Adresser le patient à un dermatologue pour la réalisation d'une biopsie cutanée avec immunofluorescence directe
- Ne pas démarrer un traitement (surtout le régime sans gluten) sans que le diagnostic ne soit confirmé. Le risque est la négativation des examens immunologiques et de l'histologie digestive

Implication du médecin traitant dans le suivi du patient

- Surveillance du traitement par dapsons
- Suivi du régime sans gluten
- Surveillance de la disparition du prurit et de la régression des signes de malabsorption
- Dépistage d'un éventuel lymphome digestif associé

Tableau 1 – Eléments du diagnostic des différentes maladies bulleuses auto-immunes

Maladie	Contexte	Lésion élémentaire	Prurit	Signes associés	Atteinte des muqueuses	Diagnostic	Traitement
Dermatite herpétiforme	Maladie cœliaque connue ou pas, enfants, adultes jeunes	Vésicules ou excoriations peu spécifiques	++ (premier symptôme)	Pas de signe de Nikolsky*	0	Biopsie avec IFD Anticorps antitransglutaminase, antiendomysium	Régime sans gluten Dapsone
Dermatose à IgA linéaire	Enfants surtout, adultes : origine médicamenteuse (vancomycine)	Bulle tendue sur peau saine ou urticarienne (atteinte du siège chez l'enfant)	+	Pas de signe de Nikolsky*	Rare chez enfant ; Possible chez adulte	Biopsie avec IFD	- Arrêt si médicament inducteur - Dapsone ou corticoïdes per os
Epidermolyse bulleuse acquise	Adulte	Bulle en peau saine, (zones de frottement ++)	0	Kystes milium	Fréquente	Biopsie avec IFD, IME directe	Immunosuppresseurs +/- corticoïdes
Pemphigoïde de la grossesse (pemphigoïde gestationis)	Grossesse 2 ^e ou 3 ^e trimestre	Bulle sur fond érythémateux (abdomen : péri-ombilicale)	+++	Plaques urticariennes (abdomen)	0	Biopsie avec IFD AC anti-BPAG2 (ELISA)	Dermocorticoïdes +/- corticoïdes per os
Pemphigoïde bulleuse	Sujets âgés Association maladies neurologiques grabatisantes (démence, AVC,	Bulle tendue lésions urticariennes	+++ parfois initial	Pas de signe de Nikolsky* Parfois : lésions purement urticariennes	Rare	Biopsie avec IFD Anticorps sériques anti-peau* (IFI et ELISA anti-BPAG1-2)	Dermocorticoïdes seuls Rarement : corticoïdes per os ou Immunosuppresseurs

	M de Parkinson)			ou eczématiformes			sseurs
Pemphigoïde cicatricielle Synonyme : Pemphigoïde des muqueuses	Sujets âgés	Synéchies oculaires Erosions buccales (dysphagie), ou génitales Evolution cicatricielle	0	Atteinte cornée, pharynx, œsophage	Prédominante	Biopsie avec IFD IME AC anti-BPAG2 (ELISA)	Dapsone, Immunosuppresseurs, +/- corticoïdes per os
Pemphigus	Contexte d'auto-immunité	Bulle flasque sur peau saine, Erosions buccales, dysphagie +++	0	Signe de Nikolsky*	Au cours du pemphigus vulgaire	Biopsie avec IFD Anticorps sériques anti-peau (IFI et ELISA anti-desmogléines)	Corticoïdes oraux Immunosuppresseurs

*Signe de Nikolsky : décollement provoqué par le frottement cutané en peau saine

Guide

Introduction

L'objectif de ce protocole national de soins (PNDS) est d'expliciter pour les professionnels de santé la prise en charge optimale actuelle et le parcours de soins d'un patient atteint de dermatite herpétiforme.

Ce PNDS et la liste des actes et prestations (LAP) qui lui est adjointe peuvent servir de référence au médecin traitant (Médecin traitant : médecin désigné par le patient auprès de la Caisse d'assurance maladie) en concertation avec le médecin spécialiste notamment au moment d'établir le protocole de soins conjointement avec le médecin conseil et le patient, dans le cas d'une demande d'exonération du ticket modérateur au titre d'une affection hors liste.

Le PNDS a pour but d'homogénéiser la prise en charge et le suivi de la maladie afin d'améliorer la qualité de vie des patients et de leur entourage.

Le PNDS ne peut cependant pas envisager tous les cas spécifiques, toutes les comorbidités, toutes les particularités thérapeutiques, protocoles de soins hospitaliers, etc. Il ne peut pas revendiquer l'exhaustivité des conduites de prise en charge possibles, ni se substituer à la responsabilité individuelle du médecin vis-à-vis de son patient. Ce protocole reflète cependant la structure essentielle de prise en charge d'un patient atteint de dermatite herpétiforme, et sera mis à jour en fonction de la validation de données nouvelles.

L'annexe bibliographique élaborée par le centre de référence est disponible sur le site internet du centre de référence (<http://www.chu-rouen.fr/crnmba/>).

1 Diagnostic et évaluation initiale

1.1 Objectifs principaux

- Poser le diagnostic de dermatite herpétiforme
- Evaluer l'atteinte digestive associée (entéropathie au gluten)
- Introduire le traitement adapté
- Organiser le suivi

1.2 Professionnels impliqués

- Dermatologue hospitalier
- Gastro-entérologue
- Diététicien(ne)
- Autres intervenants : dermatologue libéral, médecin traitant, nutritionniste, pédiatre

1.3 Examen clinique

► Examen dermatologique

L'aspect clinique typique est une éruption érythémato-papulo-vésiculeuse très prurigineuse localisée préférentiellement de façon symétrique sur les faces d'extension des membres (coudes, genoux) et les fesses. Les vésicules sont souvent de petite taille, plus ou moins groupées en bouquets herpétiformes, laissent rapidement place à des érosions post-vésiculeuses et s'associent à des excoriations de grattage. L'atteinte des paumes des mains peut être inaugurale, parfois à type de purpura ou vésicules hémorragiques, l'atteinte buccale à type de stomatite érosive est peu fréquente. Parfois, le tableau clinique est non spécifique et se résume à un prurit chronique accompagné de petites excoriations d'allure peu spécifique, si ce n'est leur topographie particulière symétrique sur les coudes, genoux, pubis et les fesses.

► Recherche de signes cliniques en faveur d'une maladie cœliaque (présents chez 15-20 % des patients)

- signes digestifs : troubles du transit (diarrhée chronique, constipation), douleurs abdominales, ballonnements, amaigrissement, pâleur cutanéomuqueuse. La palpation abdominale est normale ;
- cassure de la courbe de croissance.

► Recherche d'antécédents ou signes évocateurs d'une maladie auto-immune associée

Diabète, dysthyroïdie, vitiligo... devant conduire à des examens complémentaires orientés.

Recherche d'antécédents familiaux de dermatite herpétiforme ou maladie coeliaque.

1.4 Examens complémentaires

Ils ont pour but de :

- Confirmer le diagnostic de dermatite herpétiforme ;
- Dépister puis confirmer une entéropathie au gluten sous-jacente.

► Confirmer le diagnostic de dermatite herpétiforme

Le diagnostic de dermatite herpétiforme repose sur la réalisation d'une biopsie cutanée pour histologie et immunofluorescence directe, et sur la mise en évidence d'anticorps sériques anti-endomysium et anti-transglutaminase.

Biopsies cutanées

- D'une lésion récente pour examen histologique standard: montre un infiltrat dermique superficiel composé de polynucléaires neutrophiles et de quelques éosinophiles réalisant typiquement des micro-abcès au sommet des papilles avec ébauche de décollement.
- Sur peau normale en périphérie d'une lésion récente pour Immunofluorescence directe (IFD) : à congeler rapidement dans un cryotube pour transport dans une bonbonne d'azote liquide ou à mettre dans un flacon de liquide de Michel : c'est l'examen de choix obligatoire pour poser le diagnostic : montre des dépôts granuleux d'IgA +/- C3 au sommet des papilles dermiques. Des dépôts granuleux de la jonction dermo-épidermique et de la paroi des vaisseaux peuvent également être retrouvés.

Diagnostic sérologique

- Immunofluorescence indirecte à la recherche d'anticorps circulants anti-membrane basale : constamment négative ;
- Recherche d'anticorps circulants en faveur d'une entéropathie au gluten :

Anticorps IgA anti-transglutaminase tissulaire (méthode ELISA).
La Tgl épidermique n'est pas dosable en routine avec des kits commerciaux.

Anticorps IgA anti-endomysium (immunofluorescence indirecte).

Si la recherche de ces auto-Ac IgA est négative, rechercher un déficit en IgA totales (dosage pondéral des IgA sériques) et demander une recherche d'auto-Ac IgG anti-transglutaminase et anti-endomysium. Ce déficit en IgA est néanmoins beaucoup plus rare dans la dermatite herpétiforme que dans la maladie coeliaque.

- La recherche d'anticorps anti-réticuline et anticorps anti-gliadine a été retirée de la nomenclature, elle n'est donc plus remboursée. Elle n'a pas d'intérêt en pratique courante.
- De nouveaux tests immunologiques, basés sur la détection de peptides déaminés du gluten, sont en cours de développement.

► **Évaluation de l'entéropathie au gluten**

Recherche de signes biologiques en faveur d'un syndrome de malabsorption :

- NFS ;
- ferritinémie ;
- albuminémie ;
- calcémie, magnésémie ;
- folates ;
- dosage de 25-OH-vitamine D ;
- phosphatases alcalines, Gamma GT, transaminases ;
- le test au D-xylose ne se fait plus.

Endoscopie digestive haute avec biopsies multiples du 2^e duodénum à la recherche d'une atrophie villositaire +/- marquée (2/3 des patients) ou, à défaut, d'un infiltrat lymphocytaire intra-épithélial (1/3 des patients) : examen indispensable pour confirmer la présence d'une entéropathie au gluten avant l'institution d'un régime sans gluten, régime strict, contraignant et à vie.

► **Autres examens**

- Dépistage d'une maladie auto-immune associée (thyroïdite auto-immune, diabète auto-immun, anémie pernicieuse, etc.) : glycémie à jeun, T4-TSH, Ac anti-thyroïdiens, vitamine B12, anticorps anti-nucléaires ;
- Examens avant mise en place de dapsons (voir annexe 1).
- Ostéodensitométrie rachidienne et fémorale à la recherche d'une ostéopénie voire exceptionnellement d'une ostéoporose.

2 Prise en charge thérapeutique

2.1 Professionnels impliqués

- Dermatologues hospitalier et libéral (un suivi en alternance peut être proposé) ;
- Autres médecins : gastro-entérologue, médecin traitant, nutritionniste, pédiatre ;
- Diététicien(ne) : son rôle dans l'instauration et si nécessaire le suivi du régime sans gluten est capital.

Rarement, la maladie peut survenir dès l'enfance ; les enfants doivent alors être pris en charge conjointement par un centre de référence ou de compétence, un service de dermatologie pédiatrique et un pédiatre.

2.2 Lieu et rythme du suivi

- Une fois le diagnostic de dermatite herpétiforme confirmé par l'IFD, une évaluation complète coordonnée par le dermatologue hospitalier comprend l'annonce du diagnostic et des modalités thérapeutiques, une consultation avec le gastro-entérologue, l'endoscopie digestive haute avec biopsies, la consultation avec le(a) diététicien(ne).
- Il s'agit d'une maladie chronique évoluant pendant plusieurs années.
- Le suivi sera mensuel en consultation jusqu'au contrôle de la maladie puis plus espacé.

Surveillance clinique : disparition du prurit (rapide sous dapsons) puis des lésions cutanées, évolution des signes digestifs, poids, courbe de croissance chez l'enfant, observance du régime sans gluten.

La surveillance biologique sera basée, outre la surveillance propre à la dapsons, sur :

- ▶ NFS, ferritinémie régulièrement,
- ▶ Ac anti-endomysium et Ac anti-transglutaminase à 6 mois, 1 an, puis ultérieurement pour encourager le patient dans son régime. Le taux de tous ces auto-anticorps diminue voire se négative avec la rémission de la maladie sous régime sans gluten strict.
- Une endoscopie de contrôle à 18 mois – 2 ans est à discuter avec le gastro-entérologue, notamment si celle-ci ne montrait initialement pas d'atrophie villositaire constituée.
- En cas d'échec thérapeutique persistant, une réévaluation de l'observance du régime par un(e) diététicien(ne) est utile.

2.3 Modalités de traitement

▶ Traitement médicamenteux

Dapsons

Elle est efficace sur les signes cutanés mais pas sur l'entéropathie. La dose d'attaque est chez l'adulte de 50 à 100 mg par jour, chez l'enfant de 2 mg/kg/j, à maintenir jusqu'au contrôle de la maladie. La

surveillance biologique se fera selon les recommandations usuelles (voir annexe 1). Chez les patients diabétiques, une baisse artificielle et trompeuse de l'HbA1c peut être observée, liée à l'hémolyse. La décroissance de la dose de dapsone sera progressive jusqu'à une valeur minimale seuil variable selon les patients. Le traitement pourra même être arrêté au bout de quelques années si le régime sans gluten est strict et bien suivi.

En cas d'intolérance à la dapsone : salazopyrine 3 à 6 grammes par jour.

► Régime sans gluten

Il est efficace sur les signes cutanés et digestifs. Il permet une amélioration histologique digestive, une diminution voire une disparition des auto-anticorps et une diminution des dépôts d'IgA dans la peau. Il est contraignant et doit être poursuivi à vie afin d'éviter d'autres manifestations de l'entéropathie au gluten (ostéoporose, neuropathie, hépatopathie) et de minimiser le risque de lymphome non-hodgkinien secondaire.

Éviction de tous les produits contenant du blé, de l'orge, du seigle, et de l'avoine s'il est contaminé par du gluten.

Le régime sans gluten doit être institué avec l'aide d'un(e) diététicien(ne).

Indications :

Indispensable s'il existe une atrophie villositaire.

Pas forcément indispensable d'emblée s'il n'y a pas d'atrophie villositaire. On peut alors différer le régime sans gluten au jour où une entéropathie au gluten avec atrophie villositaire apparaîtra, ce qui impose alors une surveillance endoscopique et histologique.

► Soins locaux

La dermatite herpétiforme se traduisant le plus souvent par un prurit accompagné de toutes petites excoriations, aucun traitement local spécifique n'est à envisager.

Les dermocorticoides (niveau fort ou très fort) sont cependant utiles chez les patients dont le prurit est mal contrôlé malgré le régime sans gluten et la dapsone.

3 Information des patients

Les patients ou leur famille doivent être informés sur la maladie, son pronostic, le régime sans gluten et les autres traitements, leurs éventuels effets indésirables et les examens qui seront réalisés au cours du suivi pour surveiller l'activité de la maladie et dépister d'éventuelles complications.

L'AFDIAG (Association française des intolérants au gluten - maladie coeliaque et dermatite herpétiforme) a pour but de faire connaître la maladie, d'apporter du réconfort et d'échanger l'expérience des malades pour la vie au quotidien, ainsi que d'apporter une diffusion de l'information. Elle diffuse la liste des aliments autorisés ou interdites et de très utiles conseils diététiques et culinaires. Elle peut aider à l'orientation des patients vers les centres de référence ou de compétence.

Coordonnées de l'AFDIAG.

15 rue d'Hauteville

75010 Paris

Tel : 0156080822

Site internet : <http://www.afdiag.org>

Annexe 1 : Examens nécessaires à la mise en place et au suivi des traitements

Tableau 2 – Examens nécessaires à la mise en place et au suivi du traitement par dapsonsone

	Dapsonsone
Bilan préthérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> - Hémogramme - Réticulocytes - Ionogramme sanguin, urée, créatininémie - ALAT, ASAT - G6PD - ECG et échographie cardiaque chez un sujet ayant une insuffisance cardiaque
Suivi du traitement	<ul style="list-style-type: none"> - NFS + réticulocytes 1 fois/semaine le 1^{er} mois puis 2 fois par mois pendant 2 mois puis tous les 3 mois - Méthémoglobinémie au 8^e jour puis si symptôme clinique (coloration des ongles) et tous les 3 mois → diminuer la posologie si > 10%, arrêt si > 20% - Créatininémie et transaminases tous les 3 mois - Haptoglobine : si doute sur l'observance du traitement - Photoprotection

Annexe 2 : Coordonnées des centres de référence et des associations de patients

1 Centres de référence

Il existe deux **centres de référence** des maladies bulleuses auto-immunes :

1) Un centre réparti sur trois sites : Rouen (centre coordonnateur), Reims et Limoges (régions Haute-Normandie, Champagne-Ardenne et Limousin).

Région Haute- Normandie

Clinique Dermatologique, CHU de Rouen

1, rue de Germont, Hôpital Charles-Nicolle, 76031 Rouen Cedex

Pr. P. Joly - Chef de Service (pascal.joly@chu-rouen.fr)

Secrétariat : Tél.: 02 32 88 81 41

Ce centre collabore avec les services de Dermatologie de la région Nord-Ouest: CHU de Nantes, Rennes, Brest, Caen, Lille, Amiens, Tours, Quimper.

Région Champagne-Ardenne

Service de Dermatologie, CHU de Reims

Avenue du Général Koenig, 51092 Reims Cedex

Pr. Ph. Bernard - Chef de service (pbernard@chu-reims.fr)

Secrétariat : Tél. : 03 26 78 43 68

Ce centre collabore avec les services de Dermatologie de la région Est: CHU de Nancy, Strasbourg, Besançon, Grenoble, Dijon, Lyon, Colmar, Nice, Marseille.

Région Limousin

Service de Dermatologie, CHU de Limoges

2 avenue Martin Luther King, 87042 Limoges Cedex

Pr. C. Bedane - Chef de service (christophe.bedane@chu-limoges.fr)

Secrétariat : Tél. : 05 55 05 64 30

Ce site collabore avec les services de Dermatologie de la région Sud

Ouest: CHU de Toulouse, Bordeaux, Poitiers, Montpellier, Clermont-Ferrand, Orléans.

2) Un centre de référence des dermatoses bulleuses acquises toxiques et auto-immunes, en région Ile-de-France, réparti sur 9 sites de l'AP-HP : Hôpitaux Avicenne (centre coordonateur ; Pr Prost-Squarcioni), Ambroise Paré, Bichat, Henri Mondor, Saint Louis, Tarnier, Tenon et Trousseau (ce dernier ne prenant en charge que les dermatoses bulleuses toxiques de l'enfant).

Service de dermatologie, Hôpital Avicenne, APHP.

125 rue de Stalingrad, 93000 Bobigny

Pr F. Caux – Chef de service (frederic.caux@avc.aphp.fr)

Pr C. Prost-Squarcioni - Professeur des Universités

(catherine.prost@avc.aphp.fr) : médecin coordonateur

Dr M. Alexandre – Praticien Hospitalier

(marina.alexandre@avc.aphp.fr) : médecin du centre de référence

Secrétariat : 01 48 95 77 07

Service de dermatologie, Hôpital Ambroise Paré, APHP

9, avenue Charles-de-Gaulle, 92100 Boulogne-Billancourt

Pr Ph Saiag – Chef de service (philippe.saiag@apr.aphp.fr)

Secrétariat : 01 49 09 44 82

Service de dermatologie, Hôpital Bichat, APHP.

46 rue Henri Huchard, 75018 Paris

Pr B. Crickx - Chef de service (beatrice.crickx@bch.aphp.fr)

Secrétariat : 01 40 25 82 40

Service d'ophtalmologie, Hôpital Bichat, APHP.

Dr S. Doan - Praticien Hospitalier (serge.doan@noos.fr)

Secrétariat 01 40 25 84 43

Service de dermatologie, CHU H. Mondor

51, avenue du maréchal de Lattre de Tassigny, 94010 Créteil

Dr S. Oro – Praticien Hospitalier (saskia.oro@hmn.aphp.fr)

Secrétariat : 01 49 81 25 01

Service de dermatologie, Hôpital Saint-Louis, APHP

1 avenue Claude Vellefaux, 75010 Paris

Pr J-D. Bouaziz - Professeur des Universités (jean-

david.bouaziz@sls.aphp.fr)

Secrétariat : 01 42 49 98 16

Service de stomatologie, Hôpital Saint-Louis, APHP

Dr F. Pascal – stomatologue - praticien attaché (docfpascal@club-internet.fr)

Secrétariat : 01 42 49 91 93/94

Service de dermatologie, Hôpital Cochin, APHP

27 rue du faubourg Saint-Jacques, 75014 Paris

Pr N. Dupin - Professeur des Universités (nicolas.dupin@cch.aphp.fr)

Secrétariat : 01 58 41 17 97

Service de dermatologie et d'allergologie, Hôpital Tenon, APHP

4 rue de la Chine, 75020 Paris.

Pr C. Frances - Professeur des Universités

(camille.frances@tnn.aphp.fr)

Secrétariat : 01 56 01 76 72

Le centre collabore avec des services de dermatologie des hôpitaux généraux d'Ile de France (Argenteuil, Saint-Cloud, Mantes-la-Jolie, Pontoise, Saint-Germain-en-Laye).

2 Associations de patients

Association française des intolérants au gluten (maladie cœliaque et dermatite herpétiforme) : AFDIAG

15 rue d'Hauteville, 75010 Paris

Tel : 0156080822

Site internet : www.afdiag.org

Association Pemphigus – Pemphigoïde - France

Résidence le Val Vert A3, 3 rue Jacques Durand, 77210 Avon

Tel : 01 60 72 18 73 / 06 24 24 81 01

Site internet : www.pemphigus.asso.fr

Participants

Ce travail a été coordonné par le Pr Pascal Joly, Centre de référence des maladies bulleuses autoimmunes (Clinique Dermatologique, Hôpital Charles Nicolle, Rouen) en collaboration avec le Dr Saskia Oro, Centre de référence des maladies bulleuses autoimmunes et toxiques (Service de dermatologie, Hôpital Henri Mondor Créteil) en liaison avec le Dr Valérie Lindecker-Cournil, chef de projet au service des bonnes pratiques professionnelles à la Haute Autorité de Santé.

Ont participé à l'élaboration du PNDS :

Groupe de pilotage

Pr Pascal Joly, dermatologue, Rouen, Dr Saskia Oro, dermatologue, Créteil, Pr Catherine Prost-Squarcioni, dermatologue, Bobigny, Pr Philippe Bernard, dermatologue, Reims, Pr Christophe Bedane, dermatologue, Limoge, Madame Josée de Félice, association pemphigus-pemphigoïde, Paris ; Madame Isabelle Gentile, association pemphigus-pemphigoïde, Paris.

Groupe de cotation

Pr Marie Aleth Richard, dermatologue, Marseille ; Pr Marie Sylvie Doutre, dermatologue, Bordeaux ; Pr Michel D'Incan, dermatologue, Clermont Ferrand ; Pr Loïc Vaillant, dermatologue, Tours ; Pr Brigitte Dreno, dermatologue, Nantes ; Pr Emmanuel Delaporte, dermatologue, Lille ; Dr Hervé Maillard, dermatologue, Le Mans.

Groupe de lecture

Pr Catherine Lok, dermatologue, Amiens, Dr Claire Abasc, dermatologue, Brest, Dr Ingrid Kupfer, dermatologue, Quimper, Dr Catherine Girardin-Tordeur, dermatologue, Bois Guillaume, Dr Marie-Claude Boullié, dermatologue, Rouen, Dr Christine Pioto, dermatologue, Dol de Bretagne ; Dr Hervé Picherit, généraliste, Deville les Rouen ; Madame Heluin, cadre de santé, Rouen, Madame Céline Dionisus, infirmière, Rouen ; Madame Josée de Félice, association pemphigus-pemphigoïde, Paris ; Madame Isabelle Gentile, association pemphigus-pemphigoïde, Paris.