**Evaluation pilote de l’efficacité et de la sécurité du traitement méthotrexate topique délivré par MEDDROP pour le mycosis fongoïde.** Eve Lebas, Arjen F. Nikkels.Département de Dermatologie, CHU du Sart Tilman, Université de Liège, Belgique.

**Introduction**

Le mycosis fongoïde (MF) est le plus fréquent des lymphomes primitifs cutanés. Dans les stades précoces, le traitement repose sur des traitements dirigés directement contre la peau. On y trouve les dermocorticoïdes, les chimiothérapies locales (carmustine, méchloréthamine), les rétinoïdes topiques, les immunothérapies locales (imiquimod, résiquimod), les photothérapies (UVB, PUVA) et le TBEBT (*Total Body Electron Beam Therapy*). La thérapie photodynamique, le laser excimer, le méthotrexate/laurocapram topique, les inhibiteurs de calcineurine et le mébutate d’ingénol ont été évalués dans de petites séries. Les traitements systémiques (méthotrexate, acitrétine, interféron, bexarotène) ne sont pas dénués d’effets indésirables créant un réel besoin d’autres traitements locaux. Afin d’augmenter la perméabilité épidermique, il existe une nouvelle technique qui se base sur un flux pulsé d’oxygène pur (MEDDROP). Nous avons exploré l’efficacité et la sécurité du système MEDDROP-MTX dans une étude pilote incluant 14 patients.

**Matériel et méthodes**

Pour chaque patient une lésion cible a été sélectionnée. Des photographies standardisées et des biopsies cutanées ont été réalisées avant et après traitement. Le traitement a été appliqué une fois par semaine durant 4 semaines puis une fois par mois durant 2 mois. Pour certains patients, des biologies ont été réalisées après la 1ère et la 4ème application. Deux patients ont été sélectionnés pour une étude PK. Les scores cliniques CAILS et la tolérance ont été évalués après chaque traitement. Les taux de rechute ont été mesurés.

**Résultats**

Au démarrage, le diagnostic histologique, immunohistochimique et par monoclonalité TCR a été confirmé chez tous les patients. Nous avons retrouvé une réponse clinique (complète ou partielle) chez 13 patients sur 14 avec régression des lésions, amélioration significative du prurit et apparition d’une hyperpigmentation post-inflammatoire, ainsi qu’en histologie une régression de l’infiltrat inflammatoire et du nombre de lymphocytes atypiques. La tolérance a été bonne. Les taux sanguins de méthotrexate étaient indétectables. Un autre traitement a du être instauré chez 6 patients après rechute.

**Conclusion**

Cette étude pilote démontre l’efficacité et la sécurité du MEDDROP-MTX sur une petite cohorte de patients-MF. Cette méthode permet d’utiliser les propriétés pharmacologiques du méthotrexate tout en évitant les effets indésirables.

**Références**

Jawed S et al, Primary cutaneous T-cell lymphoma (mycosis fungoides and Sézary syndrome): Part II. Prognosis, management, and future directions. JAAD 2014;70:223.e1-17.

Fernandez-Guarino M, Emerging treatment options for early mycosis fungoides, CCID 2013;6:61-9.

Weberschock T et al, Interventions for mycosis fungoides. CDSR 2012:CD008946.

Demierre MF et al, Phase 1/2 pilot study of methotrexate-laurocapram topical gel for the treatment of patients with early-stage mycosis fungoides. AD 2003;139:624-8.

Sidler M et al, Transcutaneous treatment with vetdrop sustains the adjacent cartilage in a microfracturing joint defect model in sheep. TOOJ 2013;7:57-66.

Lebas E et al, Prospective pilot evaluation of the efficacy and safety of topical ingenol mebutate gel for localized patch/plaque stage mycosis fungoides. The Open Dermatology Journal 2017:11:3-00.