

Skin Therapy Letter[®]

Volume 1 • Numéro 1 • Juillet 2005

Évidence clinique. Conseils pratiques.

Rédacteur en chef : Dr Stuart Maddin

Dr Stuart Maddin, M.D., FRCPC

RÉDACTEUR EN CHEF

Le Dr Stuart Maddin, président de Skin Care Guide, est un des dermatologues le plus connu et le plus respecté d'Amérique du Nord. Il est aussi l'auteur de nombreux articles publiés dans des revues de dermatologie, de monographies et de manuels. En plus d'être un médecin-consultant auprès d'un certain nombre de compagnies pharmaceutiques et biotechnologiques, il est directeur du centre des essais cliniques au Département de dermatologie de l'Université de Colombie-britannique. Dr Maddin a également agi en tant que conseiller auprès d'administrations et services gouvernementaux chargés de l'application des règlements sur les médicaments comme la Direction générale de la protection de la santé (Ottawa), le Comité de liaison de la AAD-FDA et l'OMS (Genève). Fondateur des Symposiums de mise à jour en dermatologie (ils ont déjà 21 ans), il est l'ancien président de l'Association canadienne de dermatologie et a été secrétaire général du Comité international de dermatologie pour la Ligue internationale des sociétés de dermatologie.

**Dr Greg McNulty, BSc, M.D., CCFP, FCFP, ABFP, AAMA (Assoc.)**

CONSEILLER EN MÉDECINE FAMILIALE

Le Dr McNulty est médecin de famille à North Burnaby en Colombie britannique. Il offre des soins suivis et poursuit sa pratique privée individuelle. Il a quatorze années d'expérience tant au Canada qu'aux États-Unis et détient un certificat de spécialité en médecine de famille au Canada et aux États-Unis tout en étant membre du Collège des médecins de famille du Canada. Le Dr McNulty est membre du comité de la Société de l'omnipraticque et vice-délégué pour l'Association médicale de la Colombie-britannique. Il a une compétence particulière en dermatologie, dans le traitement de la douleur chronique et en acuponcture médicale acquise à la Faculté de médecine de l'UCLA.



Un mot du Dr Stuart Maddin, rédacteur en chef

Au cours de plus de 50 ans de carrière en dermatologie, j'ai souvent apprécié le rôle important du Family Practitioner (publication médicale pour le médecin de famille) dans le diagnostic et le traitement des problèmes et des maladies de la peau. Dans mes rencontres d'un bout à l'autre du Canada avec d'autres praticiens, on me demande régulièrement quels sont les plus récents développements dans ce domaine. Je suis donc heureux de vous présenter une toute nouvelle publication spécialement rédigée pour le médecin de famille : Skin Therapy Letter[®] — Édition médecine familiale.

L'histoire de Skin Therapy Letter[®] a débuté il y a dix ans ce mois-ci, et elle est la seule publication de son genre à être indexée par la National Library of Medicine. Nous envoyons Skin Therapy Letter[®] à chaque dermatologue au Canada et dernièrement nous avons ajouté à notre liste de publipostage les noms de plus de 15 000 dermatologues américains. Cela fait de Skin Therapy Letter[®] une des principales sources d'information en dermatologie au monde.

Dans ce premier numéro de Skin Therapy Letter[®] — Édition médecine familiale, vous trouverez de l'information pratique sur le traitement de l'eczéma et nous touchons au problème soulevé récemment par une mise en garde de la FDA contre un certain médicament. Nous considérons comment cela pourrait ou non affecter votre pratique. Nous traitons aussi de l'hyperhidrose un problème hautement désagréable et qui affecte terriblement la vie de nombreux patients. Avec les mois d'été devant nous, il faut penser au soleil et à ses effets. Nous étudions les UVA et les UVB et donnons des suggestions afin que vos patients soient avertis de se protéger des rayons dangereux du soleil.

J'espère que vous trouverez le tout utile. Nous serions heureux de recevoir vos réflexions, vos suggestions pour de prochains sujets à traiter et vos commentaires. Vous pouvez nous écrire à physicians@skincareguide.com.

Je vous souhaite à tous la bienvenue!

Le traitement de l'eczéma atopique chez les enfants

J. Bergman, M.D., FRCPC et D. R. Thomas, M.D., FRCPC

Université de la Colombie britannique, Vancouver, Colombie britannique, Canada

Les caractéristiques diagnostiques de l'eczéma ou dermatite atopique (DA)

La DA est un problème récurrent chronique chez les patients qui ont des antécédents personnels ou familiaux d'atopie. Sa survenue se produit en général avant l'âge de 2 ans et il s'améliore ou disparaît chez les enfants plus âgés et les adultes.

- Les démangeaisons doivent absolument être mentionnées pour poser le diagnostique.
- La sécheresse de la peau est toujours présente.
- La localisation de l'éruption varie selon l'âge du patient. Chez les bébés : le visage est touché; la région de la couche est généralement non atteinte; suite aux frictions, les bras d'extension et les jambes sont touchées chez les bébés qui rampent. Chez les enfants de 4 à 10 ans : les plis de flexion, les côtés du cou et les lobes d'oreille sont touchés mais l'aîne et les aisselles ne sont pas atteintes.
- La peau enflammée est courante.
- Une infection secondaire – un staphylocoque doré est très courant, le molluscum et les infections herpétiques sont plus étendus.

Traitement : Soins personnels et traitements médicaux

1. Soins personnels du patient – Les patients n'auront pas d'amélioration si les facteurs déclencheurs ne sont pas éliminés.

Facteurs aggravants ou déclencheurs à éviter :

- Les irritants de la peau – savons, bain moussant, détergents, assouplisseurs de tissu, produits d'hygiène parfumés.
- Prendre fréquemment un bain, surtout si celui-ci n'est pas suivi de l'application d'une crème hydratante. La transpiration peut aggraver le prurit.
- Une infection de peau aura tendance à provoquer la DA.
- Les allergies alimentaires jouent un rôle chez un petit pourcentage de jeunes patients souffrant de dermatite atopique (œufs, lait, noix, poisson, crustacés, blé et soja sont à l'origine de 90 % des allergies alimentaires).
- Les allergènes environnementaux comme les acariens dans la poussière de la maison.

Soins personnels – 1. Utiliser un nettoyant doux; 2. Hydrater souvent; 3. Hydrocortisone; 4. Bain à l'eau fraîche; 5. Utiliser des produits d'hygiène non parfumés; 6. Antihistaminiques oraux; 7. Éviter les facteurs déclencheurs.

Nettoyants doux

- Savons doux ou nettoyants sans savon comme Spectro Jel[®], Spectro Derm[®], Cetaphil[®], savon blanc Dove[®]
- Pommade émulsifiante USP (demander au pharmacien)

Hydratants – En utiliser au moins 250 mg par semaine. La crème doit être épaisse comme du beurre ou grasseuse comme de la vaseline, e.g. Vaseline[®] gelée de pétrole blanche, émollient Aquaphor[®], Vaseline[®] en crème, 25% d'eau dans du pétrole hydrophile, crème aqueuse, crème Aveeno[®], cold-cream non parfumé, Eucerin[®] en crème, Cetaphil[®] en crème, Cliniderm[®] en crème.

2. Traitement médical

Liste de contrôle pour le soulagement et la suppression des flambées d'eczéma :

- ✓ Soulagement des démangeaisons – traitement de la sécheresse de la peau – suppression
- ✓ Maîtrise de l'infection

Soulagement des démangeaisons – antihistaminiques oraux à action calmante au coucher : Hydroxyzine, Benadryl[®]. Commencer par de faibles doses et augmenter selon la tolérance. Hydrater et utiliser des anti-inflammatoires topiques. Des compresses de gaze mouillée ou avec un gant de toilette trempé dans l'eau froide, essorées puis placées sur la peau suintante, ont un effet calmant.

Contrôle à long terme par la prévention des nouvelles flambées – Maîtriser une poussée peut être plus facile que de motiver un patient à continuer l'usage intermittent d'un anti-inflammatoire ou de s'hydrater régulièrement et d'éviter les facteurs déclencheurs. L'usage de topiques anti-inflammatoires dès les premiers signes et symptômes, peut minimiser le besoin de médi-

caments et permettre une maîtrise plus facile de la maladie.

Sécheresse de la peau – S'hydrater fréquemment particulièrement dans les 2 à 5 minutes suivant un bain ou dès que la peau est mouillée. La plupart des patients ne s'hydratent pas suffisamment. Vérifier la quantité d'hydratant utilisé. Il faut au minimum en utiliser 250mg par semaine et plus si possible.

Les médicaments anti-inflammatoires

Les corticostéroïdes et les inhibiteurs de la calcineurine sont utiles pour les traitements à court et à long terme.

Corticostéroïdes locaux (dermocorticostéroïdes)

- C'est le traitement par excellence pour la DA.
- Action anti-inflammatoire rapide. Une gamme de formules de différentes doses allant des plus faibles aux plus fortes.
- La règle de base est d'utiliser les doses les plus faibles possibles pour maîtriser la maladie. Le but est de s'en passer plus souvent que de s'en servir.
- Utile pour la prévention d'une flambée lorsqu'ils sont utilisés de façon intermittente et conjointement avec les inhibiteurs

de la calcineurine.

- Il n'y a pas de danger à utiliser les corticostéroïdes occasionnellement et pour une courte période.
- Quand une flambée grave se manifeste, joints aux inhibiteurs de la calcineurine, ils jouent le rôle de médicament de rattrapage.
- Les corticostéroïdes faibles sont réservés aux plis de flexion, pour le visage et le cou.
- Les stéroïdes moyens sont nécessaires pour l'eczéma lichéniforme épais des enfants plus âgés ou pour les crises aiguës sur le corps.
- Les effets secondaires comme l'atrophie de la peau, la tachyphylaxie et la suppression surrénalienne peuvent survenir, mais ces effets sont plutôt la conséquence d'un usage trop prolongé, trop fréquent ou en trop grande quantité, particulièrement au niveau des plis du visage et sur la face interne des cuisses.
- Ces médicaments posent deux problèmes importants : les patients en ont peur ou y sont allergiques.
 - a) la phobie des stéroïdes – les patients doivent comprendre que le corps fabrique naturellement des stéroïdes et que les effets secondaires sont peu probables si un stéroïde topique est utilisé correctement.
 - b) l'allergie aux stéroïdes - rare et doit être confirmée par un test épicutané.

Si un patient ne répond pas bien à un stéroïde topique, il faut vérifier s'il l'utilise correctement, s'il souffre d'une infection secondaire ou s'il démontre une allergie au médicament.

Les inhibiteurs de la calcineurine topiques

Pimécrolimus (Elidel™ en crème 1%)

Produit sans stéroïdes approuvé pour le traitement intermittent à court et à long terme des patients de plus de 2 ans atteints de dermatite atopique modérée à grave. On les suggère quand les traitements classiques sont jugés inopportuns à cause des risques possibles ou des patients qui ne répondent pas adéquatement.

- Soulagement rapide (1 à 2 semaines) grâce à une action anti-inflammatoire ciblée.
- Utilisé en pratique médicale pour le traitement de la DA puis de façon intermittente dès les premiers signes d'une reprise ou d'une flambée afin de la prévenir. Des corticostéroïdes topiques peuvent aussi être utilisés mais certains médecins

les réservent pour les crises les plus graves.

- Des études bien contrôlées chez les bébés, les enfants et les adultes ont démontré une réduction importante des crises et de l'usage des corticostéroïdes.
- Des études à long terme démontrent leur efficacité et leur innocuité chez les bébés de 3 à 23 mois, mais ne sont pas approuvés pour cette tranche d'âge.
- Une sensation de brûlure ou un prurit peuvent survenir mais cette probabilité est généralement en relation avec la gravité de la maladie. Les patients supportent mieux cet effet transitoire s'ils en sont avertis.
- Innocuité à long terme – Voir Commentaire de l'auteur sur la mise en garde de la FDA.

Tacrolimus (Protopic™ 0.03% et 0.1% en onguent)

Un médicament sans stéroïdes approuvé pour le traitement intermittent de la dermatite atopique modérée à grave chez les enfants de plus de 2 ans (0.03% >2 ans, 0.1% >15 ans). Il est conseillé dans le cas où les traitements classiques ont échoué ou dans la crainte de risques possibles.

- Soulagement rapide (1 à 2 semaines) grâce à une action anti-inflammatoire ciblée.
- Utilisé en pratique médicale pour le traitement de la DA puis de façon intermittente par la suite au premier signe de la reprise de la maladie ou lors d'une flambée. Les corticostéroïdes locaux peuvent être utilisés comme médicament de rattrapage en cas de flambée grave.
- Des études à long terme démontrent une innocuité et une efficacité pour les > de 2 ans.
- Une sensation de brûlure ou un prurit peuvent survenir mais cette probabilité est généralement en relation avec la gravité de la maladie.
- Innocuité à long terme – Voir le Commentaire de l'auteur sur la mise en garde de la FDA.

Maîtrise de l'infection

L'expérience clinique démontre que la DA peut répondre aux antibiotiques antistaphylococciques même en l'absence d'un impétigo typique. Pour une DA localisée avec une infection secondaire probable (en cas de doute faire un prélèvement) utiliser la pommade Mupirocine, une crème/pommade à base d'acide fusidique ou si l'infection est généralisée : la cloxacilline ou la céphalosporine.

Commentaires des auteurs

Une question récemment s'est posée : à la suite de la mise en garde de la FDA, quel est le rôle des inhibiteurs de la calcineurine dans le contrôle de l'eczéma?

L'auteur est d'avis que les mises en garde récentes émises par la FDA contre les inhibiteurs de la calcineurine pouvant augmenter les risques de cancer, tiennent plus de la peur que la réalité. Il est bien vrai que l'usage prolongé d'immunosuppresseurs chez les individus ayant subi une transplantation, augmente l'incidence des lymphomes, mais cela est le résultat d'une suppression majeure, chronique et prolongée. Les taux de lymphomes et de cancers de la peau dans les études cliniques et après pharmacovigilance révèlent des taux de cancer beaucoup plus faibles que ceux attendus dans une population témoin. Le pimécrolimus et le tacrolimus ont une absorption systématique très faible lorsque utilisés selon les recommandations pour la DA. Les études animales utilisant des formulations orales de ces médicaments ont démontré un taux accru de lymphomes, mais les

doses administrées sont extrêmement élevées.

Ce qui est sûr c'est que la personne qui souffre de DA a une très grave maladie qui a des conséquences négatives importantes sur sa qualité de vie. Le médecin et le patient se doivent de traiter cette condition malheureuse. Les risques liés à un refus de traitement doivent être pesés face aux risques contrôlés que comportent tous les médicaments. Des cas rebelles ont été traités avec des rayons ultraviolets, l'azathioprine, la cyclosporine, le mofétilmycophénolate et les stéroïdes systémiques.

Selon un récent sondage effectué parmi les dermatologues les plus éminents des États-Unis et d'Europe et réalisé et publié par Skin Therapy Letter®, il est significatif de noter que la majorité de ces médecins ne changeront pas leurs habitudes de prescription des inhibiteurs de la calcineurine topiques, mais ils prendront dorénavant le temps de conseiller et d'informer leurs patients inquiets.

L'hyperhidrose

N. Solish, M.D., FRCPC et C. Murray, M.D., FRCPC

Département de médecine, Université de Toronto, Toronto, Ontario, Canada

L'hyperhidrose est caractérisée par une sécrétion surabondante de sueur, au-delà des quantités physiologiques nécessaires pour maintenir l'homéostasie thermique. Il n'existe pas de définition formelle mais à toutes fins pratiques une sudation, quelle qu'elle soit, qui entrave les activités courantes de la vie quotidienne peut être considérée comme étant de l'hyperhidrose. On n'en connaît pas la cause mais il existe des options de traitement. Cette maladie est beaucoup plus courante qu'on le pensait autrefois et elle affecte énormément la qualité de vie. Le traitement de ces patients peut être exceptionnellement gratifiant pour eux et leur médecin.

Traitement topique	Contrôle des cas légers
Toxine botulinique de Type A (BTX-A)	Efficace [Naumann M., Hamm H., Lowe N.J. <i>Br J Dermatol</i> 147 :1-9 (2002a); Naumann M., Lowe N.J., Kumar C.R., Hamm H. <i>Arch Dermatol</i> 139 :731-6 (2003); Lowe N.J., Yamauchi P.S., Lask G.P., Patnaik R., et al. <i>Dermatol Surg</i> 28(9) :822-7 (2002).]
Iontophorèse	Efficace [Reinauer S., Neusser A., Schauf G., Hölzle E. <i>Br J Dermatol</i> 129 :166-9 (1993).]
Chirurgie	À n'envisager qu'après que toutes les options connues se soient avérées inefficaces à cause de complications possibles. [Zacherl J., Huber E.R., Imhof M., et al. <i>Eur J Surg</i> 580(suppl) :S43-6 (1998).]

Tableau 1 : Options de traitement pour l'hyperhidrose

Épidémiologie et étiologie

Un sondage récent de 150 000 ménages aux États-Unis a révélé que 2,8 % de la population, soit 7,8 millions de personnes rapportent avoir une sudation excessive ou inhabituelle. [Strutton D.R., Kowalski J.W., Glaser D.A., Stang P.E. Présenté à la 61e réunion annuelle de l'American Academy of Dermatology, San Francisco, Californie.] Les aisselles suivies par les pieds, les paumes et le visage, sont les plus fréquemment touchés. On n'a pas noté de différences entre les sexes et la survenue se fait typiquement au cours de l'enfance et de l'adolescence. La stimulation sympathique excessive de glandes exocrines normales est l'étiologie la plus probable. Il est intéressant de souligner que des études ont démontré une relation entre l'hyperactivité sympathique de l'hyperhidrose et d'autres désordres automatiques comme l'hyperexcitabilité cardiaque. Il est aussi possible que cet hyperfonctionnement d'origine nerveuse ait une composante héréditaire car 30 % à 50 % des patients rapportent des antécédents familiaux. [Haider A., Solish N. *CMAJ* 172(1) : 69-75 (4 janvier 2005).]

Type d'hyperhidrose	Présentation clinique
Primaire (idiopathique)	Focale – localisée aux aisselles, aux paumes, aux pieds, au visage
Secondaire	Généralisée mais elle peut aussi avoir un aspect localisé, focal.

Tableau 2 : Présentation clinique de l'hyperhidrose

Médicaments/Toxines	Alcoolisme, usage de drogues
Cardiovasculaire	Insuffisance cardiaque, collapsus
Insuffisance respiratoire	
Neurologique	Maladie de Parkinson, lésion de la moelle épinière, accident cérébrovasculaire
Endocrinienne	Hyperthyroïdisme, diabète sucré, phéochromocytome, syndrome carcinoïde, acromégalie, grossesse, ménopause
Infections	
Tumeurs malignes	Maladie de Hodgkin, syndromes myéloprolifératifs

Tableau 3 : Étiologie de l'hyperhidrose secondaire

Effets sur la qualité de vie

L'hyperhidrose a un effet profond sur les interactions sociales et les activités au travail. Des interactions sociales routinières comme se tenir la main, donner une poignée de main ou serrer quelqu'un dans ses bras deviennent gênantes. Les patients avouent être humiliés et embarrassés par leurs vêtements trempés ou tachés ou encore par les mauvaises odeurs. [Naumann M., Hamm H., Lowe N.J. *Br J Dermatol* 147 :1-9 (2002a); Haider A., Solish N. *CMAJ* 172(1) : 69-75 (4 janvier 2005).]

Diagnostic et évaluation du patient

L'interrogatoire doit porter sur l'endroit de la sudation excessive, sur depuis quand cela dure, sur les symptômes et les comorbidités associés à ce problème, sur l'historique familial, sur l'âge lors du début de la maladie et sur les causes spécifiques ayant provoqué le déclenchement de la maladie afin de pouvoir différencier entre une hyperhidrose primaire ou secondaire. Si l'on soupçonne quelque peu une hyperhidrose secondaire, il faudra passer à l'examen physique ce qui permettra aussi d'établir la distribution de la maladie.

Gravité de l'hyperhidrose

Chaque évaluation devrait essayer de déterminer le volume de production de sueur, la distribution de l'hyperhidrose et ses effets sur la qualité de vie. Le test à l'amidon et à l'iode fournit une évaluation qualitative à la fois du volume de production de sueur et de l'étendue de sa distribution.

- L'endroit à être testé est asséché puis on y applique une solution d'iode (1%-5%).
- Après quelques secondes, on y saupoudre de l'amidon.
- L'amidon et l'iode interagissent pour former un sédiment de couleur violacée.

Ce test est très utile pour délimiter la surface de l'endroit à traiter. Pour évaluer l'impact de ce problème sur la qualité de vie, divers moyens ont été validés dont, entre autres, l'échelle de la gravité de la maladie de l'hyperhidrose (hyperhidrosis disease severity scale—HDSS (Tableau 2).

Ma transpiration passe inaperçue et ne dérange en rien mes activités quotidiennes.	Niveau 1
Ma transpiration est tolérable mais parfois elle entrave mes activités quotidiennes.	Niveau 2
Ma transpiration est à peine tolérable et entrave fréquemment mes activités quotidiennes.	Niveau 3
Ma transpiration est intolérable et entrave constamment mes activités quotidiennes.	Niveau 4

Tableau 4 : Échelle de la gravité de la maladie de l'hyperhidrose (HDSS) en quatre points qui détermine le degré de la gravité de l'hyperhidrose.

Traitements systémiques

En plus du glycopyrrolate mentionné dans le tableau 5, d'autres agents tels que le clonazépam, le diltiazem, la clonidine et les anti-inflammatoires non stéroïdiens ont donné des résultats utiles dans des cas isolés.

TRAITEMENT	INDICATION	COMMENTAIRES
Traitements topiques	Hyperhidrose axillaire, faciale et hyperhidrose palmaire et plantaire moins couramment	Effet à court terme. Efficace dans les cas légers. L'effet secondaire majeur est l'irritation locale. Moins efficace pour les paumes et la plante des pieds.
Traitements systémiques, e.g. glycopyrrolate	Rôle principal dans le traitement de l'hyperhidrose généralisée et compensatoire.	Efficacité limitée due aux effets secondaires anticholinergétiques : bouche sèche, vue embrouillée, constipation, rétention urinaire, palpitations.
Iontophorèse	Hyperhidrose palmaire et plantaire.	Bien tolérée. La sécheresse et l'irritation sont courantes. Son efficacité peut atteindre 90%. Les principaux désavantages sont le coût de l'appareil et la fréquence des traitements qui demandent beaucoup de temps.
Sympathectomie chirurgicale	Pour l'hyperhidrose qui ne répond ni aux traitements topiques ou systémiques ni à la toxine botulinique	La limitation majeure est la possibilité d'effets délétères suite à la chirurgie et un taux très élevé inacceptable d'hyperhidrose compensatoire. La sympathectomie thoracique endoscopique (STE) devrait être une mesure de dernier recours.
Injections de la toxine botulinum	Hyperhidrose axillaire, palmaire, plantaire, faciale	Couramment utilisée pour les cas moyennement graves ou pour les cas légers qui ne répondent pas aux traitements topiques. Traitement sans danger, efficace, bien toléré et donnant une excellente satisfaction aux patients. Médicament généralement remboursé par les régimes d'assurance privée.

Tableau 5 : Options des traitements de l'hyperhidrose

Précautions à prendre lors d'un traitement avec la toxine botulinum

La toxine botulinique de type A est contre-indiquée dans les désordres neuro-musculaires tels que la myasthénie grave, au cours de la grossesse et de l'allaitement, en présence de causes organiques de l'hyperhidrose et lors de l'usage de médicaments qui peuvent entraver la transmission neuro-musculaire. [Haider A., Solish N. *CMAJ* 172(1) :69-75 (4 janvier 2005).] Il est important de bien identifier ses patients afin d'obtenir une réponse satisfaisante au traitement et éviter d'inutiles frustrations.

Condition	Résultats	Effets secondaires	Commentaires
Hyperhidrose axillaire [Naumann M., Hamm H., Lowe N.J. <i>Br J Dermatol</i> 147 :1-9 (2002a); Naumann M., Lowe N.J., Kumar C.R., Hamm H. <i>Arch Dermatol</i> 139 :731-6 (2003); Solish N., Benohanian A., Kowalski J.W. <i>Dermatol Surg</i> 31(4) : 405-13 (Avril 2005).]	>90% des cas notent des résultats positifs et des statistiques indiquent des améliorations significatives au niveau de la qualité de vie.	Sans danger, bien toléré	Les doses typiques de départ sont de 50 unités de BTX-A par aisselle. La durée moyenne de l'effet est de 6 à 7 mois.
Hyperhidrose palmaire [Lowe N.J., Yamauchi P.S., Lask G.P., Patnaik R., et al. <i>Dermatol Surg</i> 28(9) :822-7 (2002).]	Taux de réponse global de >90%	Douleur au point d'injection, faiblesse mineure passagère des muscles intrinsèques des mains qui dure 2 à 5 semaines.	Le traitement consiste en 100 unités par paume. L'injection intradermale dans la paume est douloureuse et l'anesthésie est fortement recommandée. Le blocage nerveux régional (médian et cubital) est le plus couramment utilisé. Une anesthésie topique est inefficace.
Hyperhidrose plantaire	D'excellents taux de réponse ont été rapportés. [Haider A., Solish N. <i>CMAJ</i> 172(1) :69-75 (4 janvier 2005).]	Douleur au point d'injection.	Les doses et les techniques de traitement sont les mêmes que pour les problèmes palmaires mais, à l'occasion, il est nécessaire d'employer une plus forte dose. Un blocage nerveux régional est généralement nécessaire pour l'anesthésie et il doit atteindre les nerfs postérieurs tibial et sural. La durée de l'effet est de 4 à 6 mois.
L'hyperhidrose faciale	Résultats cliniques avec amélioration significative. [Haider A., Solish N. <i>CMAJ</i> 172(1) :69-75 (4 janvier 2005).]		Le front est l'endroit le plus couramment affecté. L'endroit principal pour l'injection est une bande le long de la ligne des cheveux qui s'étend dans le cuir chevelu au niveau des tempes. L'hyperhidrose peut toucher également la lèvre supérieure, les plis nasolabiaux et les régions malaires. La durée de l'effet est de 5 à 6 mois.

Tableau 6 : Résumé du traitement à la BTX-A pour surfaces localisées.

Traitements topiques de l'hyperhidrose

L'exahydrate de chlorure d'aluminium est considéré comme l'agent topique le plus efficace pour l'hyperhidrose axillaire légère et focale. Son efficacité est due à l'obstruction mécanique des pores de la glande sudoripare exocrine. Un autre produit topique est le glycopyrrolate, un anticholinergique topique disponible sous forme de tampons topiques pour les cas légers d'hyperhidrose. Les effets secondaires principaux qui limitent l'usage de tous ces produits est l'irritation cutanée qu'ils entraînent, le manque d'efficacité dans les cas plus graves et très graves d'hyperhidrose et le peu de résultats sur les paumes des mains et la plante des pieds.

Les problèmes de peau et le soleil

D. R. Thomas, M.D., FRCPC

Faculté de médecine, Université de Colombie britannique, Vancouver, Canada

La peau a pour rôle de nous protéger des effets délétères de la lumière ultraviolette. Les écrans solaires ont tout d'abord été mis au point afin de prévenir les coups de soleil en bloquant les UVB; ils nous ont ainsi permis de prolonger notre temps d'exposition au soleil mais cela a entraîné une exposition accrue aux UVA. Les filtres solaires actuels cherchent à bloquer le spectre complet des rayons ultraviolets et c'est pourquoi on les déclare à spectre large. Par contre, tous les écrans solaires dits à spectre large n'offrent pas une protection complète contre toute la gamme des UVA.

Comparaison entre les UVA et les UVB

Les rayons UVA et UVB ont des caractéristiques différentes.

Comparaisons	UVA (400-320 nanomètres)	UVB (320-290 nanomètres)
Taux	Leurs taux sont constants tout au long de l'année	Leur quantité varie et augmente en été, à l'heure du midi et à l'équateur
Pénétration	Ils pénètrent dans le derme profond	La majorité ne pénètre que dans l'épiderme
À travers la vitre	Ils passent à travers la vitre	Ils ne passent pas à travers la vitre
Autre	La lumière est composée à 95 % de rayons UVA	Le FPS (indice de protection solaire) des écrans solaires ne mesure que le blocage UVB.
	Ils sont immunosuppresseurs	Ils sont nécessaires pour la fabrication de la vitamine D

Tableau 1 : Comparaison entre les UVA et les UVB

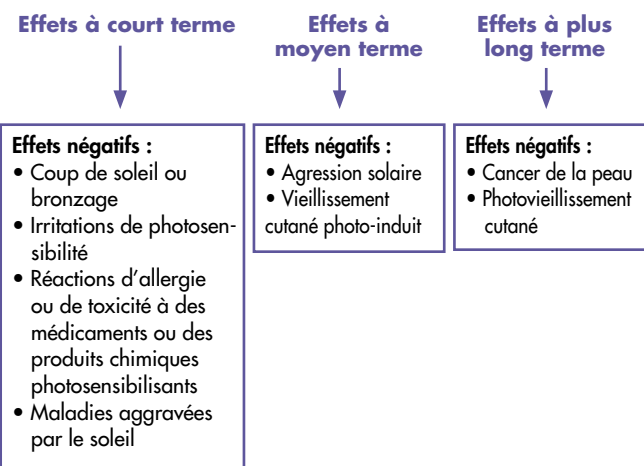
Effets sur la peau	UVA*	UVB
Niveau cancérogène	Ils peuvent être une cause sérieuse de mélanome	Ils sont plus cancérogènes que les UVA
Changements au niveau de la peau	<ul style="list-style-type: none"> Ils bronzent la peau Ils vieillissent prématurément la peau 	Ils brûlent la peau
Effets systémiques	<ul style="list-style-type: none"> Immunosuppresseurs 	Nécessaires pour la production de vitamine D
Autres effets	<ul style="list-style-type: none"> Réactions phototoxiques aux médicaments et aux produits chimiques Responsables de nombreuses photodermatoses 	

Tableau 2 : Effets sur la peau

* Il est à noter que les salons de bronzage font principalement usage de la lumière UVA. Il n'existe pas de bronzage sans danger. Dernièrement, la FDA a étudié la possibilité d'interdire l'usage des salons de bronzage aux mineurs (moins de 18 ans).

Effets à long terme sur la peau

La plupart d'entre nous reconnaissons que l'exposition au soleil a des effets immédiats sur la peau à la fois positifs et négatifs. Les effets à moyen et long terme doivent aussi être reconnus et ils sont négatifs. Par contre, la sensation de chaleur, le plaisir et la production de vitamine D sont des effets positifs.



Irritations photosensibles

Il existe des irritations qui ne surviennent que sous l'effet de la lumière ultraviolette. La plupart d'entre elles sont causées par les UVA. Ces photosensibilisations (détaillées plus bas) peuvent être considérées comme étant des :

1-Réactions idiopathiques aux UV (lucite)

Pour bien poser ce diagnostic, il est essentiel d'établir à quel moment est apparu l'érythème suite à une exposition au soleil plus ou moins prolongée ainsi que le type de réaction produite sur la peau. Comme toujours, il peut y avoir des variations.

2-Réactions cutanées phototoxiques et photoallergiques

Il existe un certain nombre de médicaments et de produits chimiques dont la prise concomitante provoque des réactions de photosensibilité.

3-Problèmes pré-existants aggravés par les UV

Il existe beaucoup de maladies qui sont aggravées par le soleil. En voici quelques-unes :

- acné rosacée
- mélanome
- dermatomyosite
- exanthème viral
- maladie de Darier
- lupus érythémateux aigu disséminé
- eczéma séborrhéique
- lupus discoïde
- herpès simplex
- pemphigus
- porphyries

La lucite

Une exposition solaire qui provoque l'apparition d'une réaction cutanée

- L'éruption cutanée débute des heures après l'exposition solaire et dure pendant des jours même en l'absence d'exposition renouvelée. L'urticaire solaire se produit dans les minutes qui suivent l'exposition au soleil.
- L'éruption se manifeste par des papules, des papulovésicules ou des plaques.
- Les plaques sont moins courantes.

La lucite :

- Est généralement causée par les UVA.
- Elle survient tôt au printemps ou tôt en été; et souvent pendant la période des vacances;
- Elle est généralement symétrique avec papules rouges et plaques;
- Elle survient sur les endroits de la peau exposés mais pas nécessairement sur tous;
- Elle touche 10 à 20 % de la population;
- Elle peut être confondue avec une réaction allergique à un écran solaire;
- Alors que l'été avance, la peau semble moins réagir;

Traitement de la lucite :

- Éviter le soleil et se protéger. Utiliser un écran solaire à protection extrême (UVA et UVB);
- Utiliser des stéroïdes topiques et des antihistaminiques;
- Au début de la saison, dans le but d'endurcir la peau et de prévenir la réaction, suivre une photothérapie aux rayons UVA et UVB;
- Une prise quotidienne de 400 mg d'hydroxychloroquine pendant 2 semaines au printemps ou avant de partir en vacance peut être utile.

Réactions phototoxiques versus réactions photoallergiques

Les médicaments ou produits chimiques phototoxiques causent :

- Une réaction de brûlure
- Qui se produit dans les heures qui suivent l'exposition solaire
- Qui est généralement provoquée par les UVA

Parmi ces produits phototoxiques il faut nommer les tétracyclines, les sulfamides, l'amiodarone, le furosémide, le naproxène, le piroxican, la chlorpromazine, la ciprofloxacine, les diurétiques thiazidiques

Les réactions photoallergiques ressemblent à :

- Une réaction d'eczéma; on peut penser à une réaction d'hypersensibilité différée
- Dont les causes peuvent être :
 - les écrans solaires
 - les parfums ou lotions après rasage comme le musc, le santal, l'ambre et la chlorhexidine

La phytophotodermatite est :

- Un genre spécial de réaction à un contact topique avec un agent sensibilisant appelé psoralène présent dans un certain nombre de plantes;
- Les UVA sur le psoralène produiront une éruption de petites élevures (cloques) avec stries ainsi qu'un brunissement de la peau localisé qui pourra durer pendant des mois;
- Parmi les végétaux responsables contenant du psoralène nommons : la lime, le millefeuille, le cerfeuil sauvage, le céleri, le citron, la figue

Photoprotection

Pour prévenir les effets délétères immédiats, à moyen et à long terme d'une exposition solaire excessive, il faut se protéger. Un petit peu d'ensevelissement est néanmoins nécessaire pour la fabrication dans le derme de la vitamine D.

On encourage la photoprotection de deux façons :

1. En évitant le soleil :

- Ne soyez pas en plein soleil entre 10 h et 15 h;

- Restez autant que possible à l'ombre;
- Portez des vêtements enveloppants et opaques et un chapeau à large bord.

2. En se protégeant du soleil :

- Utilisez un écran solaire à spectre large en quantité suffisante;
- FPS : c'est le ratio entre une dose minimale d'érythème (DME) de peau protégée et une DME

de peau non protégée. C'est une mesure biologique brute;

- Le facteur FPS est calculé en laboratoire en utilisant 2 mg d'écran solaire par cm² de peau. La majorité des utilisateurs d'écran solaire n'applique que 25 à 50% de cette quantité recommandée;
- Réappliquez la crème-écran toutes les 2 heures; la lumière ultraviolette rend à la longue certaines crèmes chimiques inactives.

Le bronzage dans un lit à ultraviolets :

- Ne vous donnera pas la même protection que le bronzage sous l'effet du soleil;
- Les composants UVB d'un bronzage naturel produisent un épaissement protecteur de l'épiderme même s'il ne produit qu'une protection FPS d'environ 2 à 6. Un bronzage par UVA n'offre pas cette protection.

Les autobronzants

- Ils sont très populaires car ils offrent maintenant de bons résultats en produisant une belle couleur uniforme;
- Ils contiennent du dihydroxyacétone (DHA) qui réagit avec les acides aminés contenant de la kératine. Leur concentration de DHA varie de 2 à 6 %. Une concentration plus forte et un usage plus généreux produisent une couleur plus foncée;
- Le DHA a un FPS de 2 à 3 %. À certains autobronzants on ajoute un écran solaire avec un faible FPS qui ne dure que quelques heures;
- Une peau bronzée par un autobronzant n'est pas une protection contre l'agression solaire;
- Contrairement aux autobronzants, les bronzages instantanés en aérosol sont tout simplement des teintures ajoutées à la peau et qui s'enlèvent à l'eau;
- Le bêta-carotène, la tyrosine et les accélérateurs de bronzage comme le psoralène ne sont pas recommandés.

L'usage d'écrans solaires

Points-clés :

- N'utiliser que des écrans à spectre large (protection solaire extrême);
- Le FPS n'exprime que la protection contre les UVB et n'est pas une référence sur la protection UVA du produit;
- Tous les écrans solaires auront une protection UVB indiquée par le FPS;
- Si une peau non protégée brûle en 10 minutes, un écran solaire FPS 15 bien appliqué retardera l'irritation cuisante de la peau pendant 150 minutes;
- Les écrans physiques reflètent la lumière tandis que les écrans chimiques absorbent les UV en convertissant l'énergie en chaleur;
- Un FPS 15 bloque 87,5 % des UVB et un FPS 50 bloque 98 % des UVB.

Choisir un écran solaire

Les écrans solaires qui offrent une pleine protection UVA comportent du parsol 1789 (avobenzène), du mexoryl Sx et de l'oxyde de zinc travaillant en synergie.

Les deux premiers éléments ont des pics de protection légèrement différents. L'anthranilate méthylidioxibenzène d'anhydride titanique et l'octocrylène donnent une protection UVA mais elle n'est pas complète.

Les écrans solaires les plus couramment recommandés sont :

OMBRELLE 30, 45, 60, en crème et en lotion (Ce produit innové au Canada offre une protection solaire extrême.)
ANTHÉLIOS 30, 45, 60
NEUTROGENA 30, 45 avec parsol

Écrans solaires spéciaux :

Baume écran-solaire pour les lèvres : l'épithéliomala malpighien spino-cellulaire de la peau est plus fréquent chez les hommes et les femmes qui ne portent pas de baume à lèvres.

OMBRELLE BAUME À LÈVRES FPS 30
RoC MINESOL ROUGE À LÈVRES FPS 20
NEUTROGENA EN BÂTON 30
ANTHERPOS FPS 50

Pour les joggeurs, les baumes à lèvres peuvent être appliqués au-dessus des sourcils pour empêcher l'écran solaire de couler avec la sueur dans les yeux. Ils peuvent aussi en appliquer sur le nez.

Vaporisateur pour athlètes ou personnes à la peau velue ou grasse :

OMBRELLE Sport vapo 15
COPPERTONE Sport 15 et 30
NEUTROGENA vaporisateur saine protection 30

OBTENEZ PLUS D'INFORMATION CLINIQUE À

www.SkinTherapyLetter.ca

site pour les médecins où il est possible de trouver :

- **Des détails académiques (A-Details™) : Présentation des médicaments suivants en ligne :**

Accutane® Aldara® Amevive® Bactroban® Clindoxyl® Cutivate®
Diane35® Dovobet® Elidel® Eumovate® Penlac® Soriatane®

- **Les articles du bulletin Skin Therapy Letter®**
- **Les résumés et les comptes rendus des réunions**
- **De l'information personnelle disponible en dirigeant vos patients vers le site www.SkinCareGuide.ca ou vers l'un des sites suivants :**

AcneGuide.ca EczemaGuide.ca FungalGuide.ca HerpesGuide.ca
RosaceaGuide.ca SkinCancerGuide.ca PsoriasisGuide.ca PsoriaticArthritisGuide.ca
BotoxFacts.ca Lice.ca MildCleanser.ca

Nous apprécions vos commentaires et suggestions. Veuillez nous les envoyer par courriel à : physicians@skincareguide.com

Cette publication vous est offerte grâce à une bourse à l'éducation accordée par les compagnies suivantes :



Novartis est une des principales compagnies de soins médicaux au monde. Notre engagement à améliorer la santé des gens se manifeste dans la création de produits et services innovateurs dans les domaines des produits pharmaceutiques, de la nutrition, des soins oculaires et de la santé animale. Chaque année, Novartis Pharma Canada réalise des expérimentations cliniques dans des centaines d'endroits à travers le pays mettant à contribution des milliers de patients, chercheurs et investigateurs.



Allergan Inc. est une compagnie pharmaceutique de spécialité globale qui met au point et commercialise des produits innovateurs pour les marchés spécialisés dans les soins oculaires, neuromodulateurs et cutanés.



Ombrelle – Lancée en 1990 avec l'assistance de dermatologues canadiens, Ombrelle s'est consacrée à offrir une technologie ultramoderne de protection solaire au Canada. Reconnue par l'Association des dermatologues canadiens (ADC), Ombrelle investit constamment dans la recherche pour maintenir sa position de chef de file en protection solaire. En conséquence, Ombrelle est la protection solaire la plus recommandée par les dermatologues canadiens et les pharmaciens. (Pharmacy Post, Avril 2005, Volume 13, Numéro 4)

© 2005 par Skin Care Guide.com Ltd. Skin Therapy Letter® - Édition médecine familiale est publiée tous les trimestres par Skin Care Guide.com Ltd., 1107-750 West Pender, Vancouver, Colombie britannique, Canada, V6C 2T8. Tous droits réservés. Toute reproduction en tout ou en partie, par quelque procédé que ce soit, est strictement interdite sans l'autorisation préalable par écrit de l'éditeur. Bien que tous les efforts nécessaires soient faits pour qu'il n'apparaisse dans la Skin Therapy Letter® - Édition médecine familiale, aucune donnée, opinion ou déclaration inexacte ou trompeuse, les éditeurs et le comité de rédaction insistent pour déclarer que les données et les opinions exprimées dans les articles ci-inclus sont l'entière responsabilité du collaborateur. Par conséquent, les éditeurs, le comité de rédaction, leurs employés, fonctionnaires et agents respectifs n'accepteront aucune responsabilité pour les conséquences d'une de ces quelconques données, opinions ou déclarations inexactes ou trompeuses. Bien que tous les efforts nécessaires soient aussi faits pour s'assurer que les posologies et autres dosages indiqués sont exactes, nous recommandons à nos lecteurs de ne suivre ces nouvelles méthodes et techniques d'utilisation des médicaments décrites dans les articles ci-inclus que conjointement avec les données internes publiées par le fabriquant.