

Skin Therapy Letter[®]

Volume 1 • Numéro 2 • Octobre 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 Deborah Koudys M.D., CCFP, FCFP**

CONSEILLÈRE EN MÉDECINE FAMILIALE

Dr Deborah Koudys a obtenu en 1979 son diplôme de l'école de médecine de la University of Western Ontario. Suite à sa résidence en médecine familiale à London, Ontario, elle a établi une pratique privée avec huit autres médecins de famille, pratique qu'elle poursuit jusqu'à ce jour. Elle est professeur auxiliaire de médecine familiale à la University of Western Ontario et membre du Collège des médecins de famille du Canada.



Le psoriasis

L. Guenther, M.D., FRCPC

Professeur de dermatologie, Université Western Ontario, London, Canada

Psoriasis

Le psoriasis (*psoriasis vulgaris*) est une maladie auto-immune secondaire à une activation des lymphocytes T qui expriment des cytokines Th1. Il se manifeste par une prolifération excessive des cellules, un défaut de différenciation et une réaction inflammatoire. Environ un tiers des patients ont un parent qui fait du psoriasis et 85 % seraient porteurs du gène HLA-cw6.

Impact sur les personnes sujettes à cette maladie

Le psoriasis a sur la personne qui en souffre un impact physique et mental plus grand que l'infarctus du myocarde, l'hypertension, le diabète, l'arthrite et le cancer. Seule la dépression a un impact mental plus important tandis que l'insuffisance cardiaque congestive a un impact physique plus grand. [Rapp SR, et al. *J Am Acad Dermatol* 41:401-7 (1999).] Un sondage mené en 1998 par la US National Psoriasis Foundation a révélé que 40 % des victimes avaient de la difficulté à se faire servir dans certains établissements comme les salons de coiffure, les piscines et les clubs de santé. Dans le groupe d'âge des 18 à 34 ans :

- 81 % se sentaient gênés
- 75 % se trouvaient laids
- 54 % souffraient de dépression
- 10 % avaient pensé au suicide

Caractéristiques diagnostiques du psoriasis

- Plaques rouges, squameuses (écailleuses) qui souvent démangent et qui touchent fréquemment les coudes, les genoux, la région sacrée et le cuir chevelu même si n'importe quelle partie du corps peut être atteinte
- Maladie chronique avec des périodes de rémission
- Modifications concomitantes des ongles : *pitting* (aspect en dé à coudre), onycholyse, décoloration en tache d'huile, hyperkératose subunguale, épaissement du plateau unguéal)
- Risque de rhumatisme psoriasique chez environ 30 % des patients

Soins personnels et traitements médicaux

Le traitement est déterminé par :

- les régions du corps touchées
- la gravité
- la réponse aux traitements antérieurs
- les autres problèmes médicaux du patient
- les médicaments concomitants
- la proximité des ressources médicales (par ex, centres de photothérapie)
- les préférences du patient

1. Soins personnels du patient

- Éviter les traumatismes cutanés (par ex, blessures). Chez un tiers des patients, une blessure à la peau peut induire un psoriasis sur la cicatrice ou le tatouage (« phénomène de Koebner »).
- Se laver avec un nettoyant doux et de l'eau tiède.
- Les hydratants minimisent la desquamation, les fissures douloureuses et les démangeaisons. Il faut les appliquer immédiatement après le bain.
- L'acide salicylique est un kératolytique qui augmente la pénétration des corticostéroïdes locaux. Il est utile en présence de squames épaisses et pour les paumes des mains, la plante des pieds et le cuir chevelu.
- Appliquer une à deux fois par jour un produit à base de goudron: huiles de bain, crèmes, lotions et onguents. L'odeur de ces produits, leur capacité de tacher les

vêtements ou d'irriter la peau ainsi qu'un risque de folliculite sont les facteurs limitatifs des produits au goudron.

- Les shampoings à base de goudron, d'acide salicylique, de pyrithione de zinc, de kétoconazole et de nombreux shampoings anti-pelliculaires peuvent aider pour réduire les squames du cuir chevelu.
- Une crème à base d'hydrocortisone peut être utile pour le psoriasis du visage et des plis mais pour le reste du corps, il faut habituellement un corticostéroïde topique plus puissant.
- Les antihistaminiques oraux sont utiles pour les démangeaisons : le jour, prescrire ceux qui ne créent pas de sédation et réserver pour la nuit les antihistaminiques sédatifs.

2. Traitements médicaux

Éviter les médicaments aggravants

Chez certains patients, les bêtabloquants, les inhibiteurs de l'ECA, les antipaludéens de synthèse et le lithium peuvent aggraver la maladie ou la rendre plus réfractaire au traitement.

Agents à action locale

Ce sont les traitements les plus couramment prescrits en monothérapie pour les lésions peu étendues ou en traitement d'appoint dans les psoriasis généralisés d'intensité modérée à sévère.

Corticostéroïdes topiques

- Disponibles en diverses puissances : faible, moyenne, forte et extra-forte
- Les lotions sont préférées pour le cuir chevelu. Les crèmes et les onguents s'utilisent sur le reste du corps. Les gels s'appliquent sur toute partie du corps
- Utiliser le stéroïde de la puissance la plus faible possible pour contrôler la maladie particulièrement au visage et dans les plis
- Sécuritaire lorsqu'utilisé à court terme ou lors d'utilisation intermittente sur le long terme
- Une application par jour est souvent aussi efficace que deux par jour
- Ils peuvent maintenir une rémission avec un usage intermittent 2 à 3 fois par semaine
- Parmi les effets indésirables potentiels on note:
 - l'atrophie
 - les vergetures
 - les télangiectasies
 - une dermite de contact allergique
 - la tachyphylaxie (perte d'efficacité lors d'un usage continu)
 - un rebond après l'interruption du traitement
 - la suppression surrénalienne

Calcipotriol topique (Dovonex®)

- Crème et onguent pour le corps (tronc et membres); aussi en lotion pour le cuir chevelu
- Appliquer deux fois par jour pour obtenir une amélioration puis une ou deux fois par jour pour maintenir la rémission
- On peut aussi maintenir une rémission avec du calcipotriol utilisé pendant les jours ouvrables de la semaine et un corticostéroïde topique de puissance élevée durant les deux jours du weekend. (par ex, Ultravate®)
- Agit en synergie avec :
 - les corticostéroïdes topiques de puissance forte à très forte
 - la photothérapie aux rayons ultraviolets B (UVB)
 - la PUVA thérapie (psoralène + UVA)
 - le méthotrexate
 - la cyclosporine
 - l'acitrétine
- La quantité maximale recommandée est de 100 g par semaine
- Les effets indésirables sont :
 - irritation (généralement légère et conduisant rarement à l'arrêt du traitement)
 - dermatite du visage

Dovobet topique®

- Une association de calcipotriol et de dipropionate de bétaméthasone dans les mêmes concentrations que le Dovonex® et le Diprosone® respectivement
- Appliquer une fois par jour
- Environ 50 % des patients ont une amélioration rapide et complète ou presque après 4 semaines de traitement
- Plus efficace et d'une plus grande rapidité d'action que l'une ou l'autre de ses substances employées seules
- Mêmes effets indésirables cutanés que pour le dipropionate de bétaméthasone; moitié moins d'effets indésirables que pour le calcipotriol utilisé seul

2. Traitements médicaux (suite)

- On peut chercher à maintenir la rémission après un traitement au Dovobet, en utilisant par la suite une monothérapie au calcipotriol ou une combinaison de calcipotriol utilisé les jours ouvrables de la semaine et de Dovobet, durant le weekend

Tazarotène Topique (Tazorac®)

- Rétinoïde sélectif
- Plus souvent utilisé une fois par jour avec un stéroïde moyennement ou très puissant une fois par jour
- L'amélioration peut être maintenue avec du tazarotène les lundis, mardis, mercredis et du clobétasol en onguent les jeudis et vendredis
- Agit en synergie avec
 - les corticostéroïdes topiques
 - le calcipotriol
 - la photothérapie (UVB, PUVA)
- Contre-indiqué pendant la grossesse
- L'irritation de la peau limite son usage

Inhibiteurs de la calcineurine topiques

- Pimécrolimus en crème 1 % (Elidel®) et tacrolimus (Protopic 0,03 % et 0,1 % en onguent, Fujisawa) deux fois par jour pour le psoriasis du visage et intertrigineux
- N'engendre pas d'atrophie
- Une sensation de brûlure ou de picotement, surtout en début de traitement

Corticostéroïdes intralésionnels

- Les petites plaques peuvent être traitées avec une suspension injectable de triamcinolone 10 mg/cc diluée avec du salin physiologique ou de l'eau pour obtenir une concentration à 5 mg/cc

Psoriasis modéré à sévère

On considère que le psoriasis est modéré à sévère s'il touche plus de 10 % de la surface totale du corps OU s'il touche moins de 10 % de sa surface et si :

- les plaques sont très rouges, très épaisses ou très squameuses ou
- s'il affecte fortement la qualité de vie (gêne fonctionnelle, inconfort marqué) ou
- si la maladie est réfractaire aux agents topiques

La photothérapie, les agents systémiques habituels et les agents biologiques sont utilisés avec des agents d'appoint topiques.

Photothérapie

2 à 5 fois par semaine photothérapie UVB à spectre large (290-320 nm) ou à spectre étroit (311 nm) OU PUVAthérapie (Psoralène + UVA : 320-400 nm) 2 à 3 fois par semaine

Médicaments systémiques habituels

- Méthotrexate (5-25 mg) une fois par semaine :
 - traite le psoriasis et l'arthrite
 - peut entraîner une suppression de la moelle osseuse et une hépatotoxicité. (Une biopsie du foie s'impose après une dose cumulative de 1,500 mg.)
- Cyclosporine (2,5-5 mg/kg/jour) :
 - le traitement ne doit pas excéder un an en raison de risque de néphrotoxicité
- Acitrétine (25-50 mg/jour) :
 - souvent en combinaison avec la photothérapie
 - tératogène, elle est rarement utilisée chez les femmes en âge de procréer. (Toute grossesse doit être évitée pendant 2 à 3 ans après l'arrêt de la médication.)
 - parmi les effets indésirables, il faut nommer : la sécheresse mucocutanée, l'élévation des lipides, l'hépatotoxicité et les anomalies osseuses

Agents biologiques

Traitements qui ciblent des cellules, des molécules et des récepteurs spécifiques

- Alefacept (Amevive®) est présentement le seul modificateur de la réponse biologique qui est approuvé au Canada pour le traitement du psoriasis
- Etanercept (Enbrel®) inhibe la progression radiographique du rhumatisme psoriasique
- Des études ont aussi démontré l'efficacité de l'efalizumab, de l'infliximab et de l'adalimumab dans le traitement du psoriasis

Gestion optimale de l'acné en vue de prévenir la résistance au *P. acnes*

M. T. Haroun, M.D., FRCPC

Professeur adjoint de médecine, Département de dermatologie, Université de Toronto,
Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre, Toronto, Canada

Acné vulgaire

L'acné vulgaire est une maladie du follicule pilo-sébacé caractérisée par des lésions non inflammatoires (comédons ouverts ou fermés) et inflammatoires (papules, pustules et nodules). Sa pathogenèse est multifactorielle : des facteurs hormonaux, bactériens et immunologiques (inflammatoires) entrent en jeu et leur interaction provoquent la production des lésions acnéiques. Bien qu'elle soit une maladie dite bénigne, l'acné peut avoir un effet défavorable sur la qualité de vie du patient. Elle répond d'emblée à un traitement qui a pour but d'éliminer les lésions, de prévenir les séquelles cicatricielles et réduire la détresse psychologique.

Causes possibles de l'acné

On sait que les hormones affectent la production de sébum mais elles pourraient aussi jouer un rôle dans l'hyperkératisation folliculaire indépendamment de leur effet sur la glande sébacée. Au cours de l'adrénarchie, une augmentation d'androgènes surrénaliens conduit à :

- Une augmentation de la grosseur des glandes sébacées et conséquemment à une augmentation de sécrétion de sébum;
- Une desquamation anormale et une adhésion accrue des kératinocytes éliminés dans le follicule sébacé entraînant une obstruction du follicule et résultant dans la production d'un

microcomédon, précurseur de toute lésion acnéique.

La colonisation du follicule pileux par le diphtéroïde anaérobie *Propionibacterium acnes* (*P. acnes*) se produit dans cet environnement anaérobie où le sébum fournit l'apport nutritif nécessaire pour sa survie. Cette bactérie Gram positif contribue à l'inflammation :

- En relâchant des enzymes
- En provoquant une libération de cytokines par les autres cellules
- En déclenchant une réponse immunitaire (par ex, une production d'anticorps)

Traitements topiques

Depuis plus de 40 ans, les antibiotiques locaux sont utilisés dans le traitement de l'acné et ils le sont encore largement. Leur efficacité est due en partie à la réduction de la population de *P. acnes* et en partie à la réduction des médiateurs inflammatoires. On a associé l'échec de l'antibiothérapie dans certains cas à l'émergence de souches résistantes. Cette résistance a d'abord été rapportée avec la clindamycine et l'érythromycine. [Crawford WW, et al. *J Invest Dermatol* 72:187-90 (1979).] L'usage du peroxyde de benzoyle (PB) permet de réduire l'apparition de souches résistantes et peut être efficace dans le traitement des souches de *P. acnes* résistantes et non résistantes. Le PB ne favorise pas la résistance antimicrobienne et il a été démontré qu'il peut même la prévenir lorsqu'il est utilisé en même temps que l'érythromycine topique.

Étude clinique	Traitement	Résultats
Étude à double insu de patients avec une acné d'intensité légère à modérée [Eady EA, et al. <i>Br J Dermatol</i> 134:107-13 (1996).]	PB 5 %/Érythromycine 3 % (PB/E) en gel vs. érythromycine seule en application pendant 6 semaines	Le nombre de souches résistantes à l'érythromycine a été réduit de façon significative dans le groupe PB/E comparativement au groupe qui ne recevait que l'érythromycine.
Étude ouverte de patients ayant des souches de <i>P. acnes</i> résistantes à l'érythromycine. [Eady EA, et al. <i>Br J Dermatol</i> 134:107-13 (1996).]	PB 5 %/Érythromycine 3 % (PB/E) en gel vs érythromycine seule en application pendant 6 semaines	Réduction très importante de la gravité de l'acné et du nombre de lésions avec la combinaison PB/E.
Deux études avec contrôle placebo, parallèles, randomisées, à double insu de patients acnéiques. [Lookingbill DP, et al. <i>J Am Acad Dermatol</i> 37:590-5 (1997).]	Association de PB/Clindamycine, PB, clindamycine, et véhicule, en gels appliqués une fois par soir, pendant 11 semaines	Le gel d'association était nettement supérieur aux deux autres agents individuels pour l'amélioration globale et la réduction des lésions inflammatoires.
Étude randomisée multicentres, à simple insu de patients avec une acné modérée à sévère [Leyden JJ, et al. <i>J Cutan Med Surg</i> 5:37-42. (2001).]	PB 5 %/Clindamycine 1 %, PB 5 % ou PB 5 %/Érythromycine 3 % appliqués deux fois par jour pendant 10 semaines	Comparée au PB, l'association PB/Clindamycine a donné des réductions nettement plus grandes des lésions inflammatoires. PB/Clindamycine était comparable à PB/Érythromycine.

Tableau 1: Essais cliniques démontrant l'efficacité des traitements d'association avec le PB et la clindamycine ou l'érythromycine.

Traitements topiques (suite)

Avantages de l'association PB/antibiotique :

1. moins irritante que le PB seul
2. augmente la tolérance aux rétinoïdes topiques
3. meilleure efficacité que le PB seul

Il existe de nombreux systèmes de classement de l'intensité de l'acné mais il peut être plus facile d'utiliser un système de classement descriptif en utilisant les termes : légère, modérée, sévère; accompagnés des descripteurs : comédonienne, inflammatoire, nodulaire et cicatricielle.

Acné comédonienne

Cette acné qui n'est pas inflammatoire se traite préférentiellement avec des rétinoïdes topiques : la trétinoïne, l'adapalène ou la tazarotène. Les rétinoïdes inhibent non seulement la formation des comédons mais ils agissent en général sur tous les degrés d'acné avec comédons. Il faut cependant plusieurs mois de traitement. Le PB possède aussi une légère activité anti-comédonienne.

Traitements oraux

L'acné qui ne répond pas à une thérapie topique, qui évolue vers la formation de cicatrices ou qui présente des lésions nodulaires doit être traitée oralement. Les options thérapeutiques orales sont : les antibiotiques, une hormonothérapie et l'isotrétinoïne. L'isotrétinoïne s'utilise en monothérapie. Les antibiotiques oraux et les thérapies hormonales devraient être utilisés en association avec les rétinoïdes locaux et le PB.

Modes de prescription pour minimiser l'apparition de souches résistantes de *P. acnes*:

1. Ne pas utiliser les antibiotiques en monothérapie. Les éviter dans les cas d'acnés d'intensité légère.
2. Éviter les antibiotiques topiques si des préparations topiques non antibiotiques suffisent.
3. Pour le traitement d'entretien utiliser des médicaments autres que les antibiotiques.
4. Cesser les antibiotiques dès que la peau se normalise ou s'il n'y a plus d'amélioration.
5. S'il n'y a pas de réponse aux antibiotiques oraux ou s'il survient une rechute rapide après leur arrêt, penser à une autre thérapie (par ex, rétinoïdes systémiques, anti-androgènes (pour les femmes)).
6. S'il faut à nouveau un antibiotique, prescrire le même.
7. Utiliser la dose normale, complète, d'antibiotique et ne pas faire une réduction progressive de dose.
8. Éviter l'usage simultané de différents antibiotiques topiques et oraux afin de réduire le risque d'une résistance aux deux.
9. Ne pas changer ou varier les antibiotiques chez les non-répondeurs.
10. Utiliser le PB pendant l'antibiothérapie.

Caractéristiques	Médicaments systémiques	Médicaments topiques
Surproduction de sébum	Oestrogènes, Spironolactone, autres anti-androgènes, isotrétinoïne	Aucun
Kératinisation folliculaire	Isotrétinoïne, antibiotiques (effet indirect), anti-androgènes	Trétinoïne, adapalène, tazarotène, acide salicylique, antibiotiques et PB (effet indirect)
Prolifération de <i>P. acnes</i>	Tétracycline, minocycline, doxycycline, érythromycine, triméthoprime, isotrétinoïne	Clindamycine, érythromycine, PB, PB/antibiotiques
Inflammation	Corticostéroïdes, isotrétinoïne, dapsone, antibiotiques, AINS	Corticostéroïdes intralésionnels, antibiotiques topiques, PB/antibiotiques, certains rétinoïdes

Tableau 2: Caractéristiques physiopathologiques majeures de l'acné et les médicaments qui les modifient.

Effets indésirables

L'acné inflammatoire d'intensité légère à modérée est en général traitée adéquatement par l'emploi de deux médicaments topiques. Normalement, l'un est appliqué le matin et l'autre au coucher. On emploie un rétinoïde topique pour traiter le précurseur de toute lésion acnéique, le microcomédon, et un agent antibactérien pour ses effets sur le *P. acnes*. Parmi les antibactériens, le choix se fait entre le PB ou une association de PB et d'un antibiotique. Le PB est extrêmement efficace contre le *P. acnes* mais il peut être irritant. L'irritation peut être minimisée par l'emploi de la plus faible concentration efficace de PB dans un véhicule à base d'eau qui ne diminue pas son efficacité. L'irritation produite par le PB peut aussi être réduite en l'associant à un antibiotique. Les associations de PB avec un antibiotique diminuent aussi l'irritation qui peut être provoquée par les rétinoïdes topiques. Ce n'est qu'en cas d'allergie au PB (possible chez 1 à 2 % de la population) qu'un rétinoïde topique peut être utilisé avec un antibiotique topique seul.

Conclusion

Étant donné les multiples facteurs impliqués dans la physiopathologie de l'acné, les traitements qui neutralisent plusieurs d'entre eux donneront les meilleurs résultats. Parmi les options qui diminuent la population de *P. acnes*, il vaut mieux choisir celles qui ne favorisent pas l'apparition d'une résistance microbienne.

La pilosité faciale excessive

J. Shapiro, M.D., FRCPC et H. Lui, M.D., FRCPC

Centre de recherche et de traitement capillaire et Département de dermatologie, Université de Colombie-britannique, Vancouver, Colombie-britannique, Canada

L'hirsutisme

La pilosité faciale excessive chez la femme, ou hirsutisme, est un problème courant qui peut avoir pour cause une hypersécrétion d'androgènes, une sensibilité accrue aux androgènes circulants ou d'autres désordres métaboliques ou endocriniens. Environ 80 pour cent des femmes sont affectées par le développement d'une pilosité de siège habituellement masculin et elles en éprouvent un désarroi qui conduit à l'anxiété, la dépression et une moindre qualité de vie.

Diagnostic différentiel

Il est très important de mettre en évidence l'étiologie de cet état. Le bilan diagnostique de la patiente potentiellement hirsute doit d'abord établir la présence de l'hirsutisme, puis exclure d'autres troubles ou anomalies étiologiques ou associés. Pour explorer ou exclure les pathologies productrices d'une hypersécrétion d'androgènes, faire les tests suivants :

- Testostérone sérique
- Déhydroépiandrostérone sérique (DHEA)
- Écarter la possibilité de la présence de tumeurs sécrétrices de testostérone

Autres méthodes d'épilation

Méthodes	Zone du corps	Avantages	Inconvénients
À la pince	<ul style="list-style-type: none"> • Visage • Sourcils 	<ul style="list-style-type: none"> • Économique • La repousse peut prendre des semaines 	<ul style="list-style-type: none"> • Douloureuse • Prend du temps
À la cire	<ul style="list-style-type: none"> • Visage • Sourcils • Aines • Tronc 	<ul style="list-style-type: none"> • La repousse peut prendre des semaines 	<ul style="list-style-type: none"> • Douloureuse • Prend du temps • Risque de folliculite
À la crème dépilatoire	<ul style="list-style-type: none"> • Jambes et bras • Aines • Visage 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapide 	<ul style="list-style-type: none"> • Peut irriter • La repousse se fait en quelques jours
Au rasoir	<ul style="list-style-type: none"> • Sur tout le corps 	<ul style="list-style-type: none"> • Facile • Économique 	<ul style="list-style-type: none"> • Repousse rapide • Risque de folliculite • Prend du temps
À l'électrolyse	<ul style="list-style-type: none"> • Sur tout le corps mais habituellement sur le visage 	<ul style="list-style-type: none"> • L'épilation peut être définitive 	<ul style="list-style-type: none"> • Douloureuse • Prend beaucoup de temps • Dispendieuse • Risque de lésions cicatricielles et d'altération de la pigmentation de la peau
Au laser et à la lumière intense et pulsée (ILP)	<ul style="list-style-type: none"> • Sur tout le corps 	<ul style="list-style-type: none"> • Peut permettre une réduction permanente • Efficace 	<ul style="list-style-type: none"> • Douloureuse • Répétition nécessaire des traitements • Utile seulement pour les poils foncés • Dispendieuse • Risque de lésions cicatricielles et d'altération de la pigmentation de la peau • Quelques rares comptes rendus d'une hypertrichose paradoxale [Alajlan A, et al. <i>J Am Acad Dermatol</i> 53(1):85-8 (2005 Jul).]
À l'éflornithine 13,9 % en crème	<ul style="list-style-type: none"> • Visage • Cou 	<ul style="list-style-type: none"> • La repousse peut prendre des semaines • Effets indésirables minimes • Peut être associée à d'autres méthodes de traitements 	<ul style="list-style-type: none"> • Doit être utilisée indéfiniment pour prévenir la repousse
Aux antiandrogènes et contraceptifs oraux	<ul style="list-style-type: none"> • Inhibent la pilosité androgéno-dépendante sur tout le corps 		<ul style="list-style-type: none"> • Des mois avant d'être efficace • Quelques effets indésirables

Tableau 3: Autres méthodes d'épilation.

Autres traitements

Les méthodes actuelles pour enlever les poils indésirables comprennent l'épilation à la pince, à la cire froide, tiède ou chaude (y compris celles à base de sucre), les produits dépilatoires, le rasage, l'électrolyse, le laser, la lumière intense et pulsée (ILP) et l'éflornithine 13,9 % en crème. Toutes ces méthodes sont temporaires avec un temps de repousse qui varie de quelques jours à quelques mois. Hormis l'excision chirurgicale du follicule pileux, le seul traitement permanent est l'électrolyse. Malheureusement, la pratique de l'électrolyse manque de normalisation. Dans l'hirsutisme associé au syndrome des ovaires polykystiques, le traitement inclut l'usage de contraceptifs oraux ou d'antiandrogènes tels que la spironolactone, le flutamide et le finastéride.

Il faut bien conseiller les patientes sur les divers traitements possibles de la pilosité excessive. Il n'existe pas de méthode d'épilation adéquate pour toutes les zones du corps ou pour toutes les patientes. La méthode choisie dépendra de l'étendue, du genre et de l'ampleur de la pilosité excessive ainsi que de l'âge et des préférences de la patiente.

Les femmes et l'hirsutisme

Les femmes qui font de l'hirsutisme devront être investiguées afin d'écarter la possibilité d'un taux élevé d'androgènes. S'il y a des signes cliniques suspects du syndrome des ovaires polykystiques, il faut aussi les investiguer et les écarter. Des médicaments tels les contraceptifs, par ex, acétate de cyprotérone + éthinyloestradiol, et la spironolactone peuvent être utiles.

L'ornithine décarboxylase (ODC)

L'ODC est une enzyme qui a été associée à la prolongation de la phase anagène (ou de croissance) du poil. Ainsi, lorsque l'ODC est réduite, le temps que le poil passe en phase de croissance est aussi réduit.

L'éflornithine HCL 13,9 % en crème, plutôt que d'éliminer le poil, est un inhibiteur irréversible de l'ornithine décarboxylase et, par conséquent, elle réduit le rythme de la repousse des poils. Elle semble efficace peu importe la cause des poils superflus : hérédité, excès d'androgènes ou ovaires polykystiques.

Thérapie d'association

Il est une idée courante éronée que de croire que l'éflornithine 13,9 % en crème entre en compétition avec d'autres méthodes d'épilation et qu'il ne faudrait donc pas l'employer en association avec celles-ci et plus particulièrement ne pas l'utiliser avec des traitements au laser ou à la lumière intense et pulsée. Pourtant, ce n'est pas le cas. L'éflornithine 13,9 % en crème peut ralentir la croissance des poils et donc réduire la fréquence de l'épilation par d'autres méthodes. L'hypertrichose paradoxale a cependant été rapportée chez un petit nombre de patientes recevant des traitements épilatoires au laser ou à la lumière intense et pulsée. [Alajlan A, et al. *J Am Acad Dermatol* 53(1):85-8 (2005 Jul).]

Des études ont démontré que les deux méthodes d'épilation peuvent être débutées simultanément, et le traitement à l'éflornithine continué pendant tous les traitements au laser. [Dawber RP. *Curr Med Res Opin* 21(8):1227-34 (2005 Aug).] Un traitement avec une thérapie combinée pourrait inclure :

1. une suppression hormonale, par ex, contraceptifs oraux, analogues de la gonadolibérine à action prolongée et insulinosensibilisants
2. un blocage des androgènes périphériques, par ex, spironolactone, flutamide, acétate de cyprotérone ou finastéride
3. une amélioration mécanique ou cosmétique et la destruction des poils superflus, par ex, électrolyse, laser, lumière intense et pulsée, dépilatoires, rasage, épilation à la cire, etc.
4. une application topique d'éflornithine 13,9 % en crème. [Azziz R. *Obstet Gynecol* 101 (5 Pt 1):995-1007 (2003 May).]

Conclusion

L'hirsutisme est une cause de gêne qui conduit à l'anxiété et à la dépression. Il existe un nombre limité de traitements disponibles dont l'efficacité, le degré d'inconfort et le coût varient. Il est très important de s'assurer que la patiente est au courant de toutes les modalités des traitements disponibles étant donné qu'aucune méthode n'est efficace pour toutes les patientes ou pour toutes les zones du corps et que les résultats de la thérapie ne sont pas toujours satisfaisants.

D'après un article signé par les Drs Shapiro et Lui qui sera publié dans le numéro du mois de novembre 2005 de Skin Therapy Letter®.

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**
- **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 vos suggestions de sujets à développer.

Veillez nous les faire parvenir à physicians@skincareguide.com

Les compagnies suivantes nous accordent une subvention à l'éducation sans restrictions pour la distribution de cette publication en 2005 :

Allergan Inc.
Barrier Therapeutics
Dermik Laboratories
Galderma Canada
LEO Pharma Inc.
Novartis
Ombrelle
Stiefel Canada

© 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 fabricant.