

Skin Therapy Letter[®]

Volume 2 • Numéro 1 • Mars 2006

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 Janet McKay, M.D., CCFP, CCFP-EM

CONSEILLÈRE EN MÉDECINE FAMILIALE

Dr Janet McKay a obtenu en 1988 son diplôme de l'école de médecine de la University of Western Ontario puis elle a complété sa résidence en médecine familiale et en médecine



d'urgence. Elle a reçu les certifications CCFP en 1990 et CCFP-EM en 1991. En 2004, elle est devenue membre du Collège des médecins de famille du Canada. Au cours des quinze dernières années, elle a exercé en pratique privée de médecine familiale et exerce actuellement en pratique privée individuelle à London, Ontario.

Le psoriasis du cuir chevelu

G.D. Schachter, M.D.

Service de dermatologie, Sunnybrook & Women's College Health Science Centre, Toronto, Ontario, Canada

La maladie

Le psoriasis est une condition imprévisible, à médiation des lymphocytes T, inflammatoire et papulosquameuse qui affecte environ 2 à 3 % de toutes les populations.

- L'âge moyen de son apparition se situe entre la mi-vingtaine et la vingtaine avancée bien que toute tranche d'âge puisse être affectée.
- Le psoriasis se caractérise par une prolifération excessive des cellules épidermiques (kératinocytes), une prolifération vasculaire et un afflux de cellules inflammatoires (granulocytes, macrophages et cellules T activées).
- L'atteinte du cuir chevelu peut être minime (avec quelques plaques seulement) ou plus importante. La totalité du cuir chevelu peut être affectée.
- Lorsque l'atteinte du cuir chevelu est importante, il peut y avoir chute des cheveux mais sans que cela ne laisse de cicatrice. La pousse des cheveux devrait reprendre lorsque le psoriasis est contrôlé.

Régions atteintes

Le psoriasis affecte la peau, particulièrement sur les faces d'extension, ainsi que le cuir chevelu, les plis cutanés et les ongles. Le cuir chevelu est peut-être la région la plus fréquemment touchée. Environ 15 à 30% des patients font aussi de l'arthrite.

Cause

Le psoriasis a un fondement génétique et les risques de contracter cette maladie augmentent quand un ou deux des parents ont le psoriasis. L'activation des lymphocytes T joue un rôle essentiel dans la pathogenèse de cette maladie.

Symptômes

- Démangeaisons
- Détresse psychologique (affectant nettement la qualité de vie)
- Chute de cheveux lorsque l'atteinte du cuir chevelu est sévère

Lésion classique

La lésion classique est une plaque érythémateuse bien délimitée recouverte de squames argentées que le grattage élimine en laissant apparaître une surface saignante (signe d'Auspitz). Le psoriasis peut survenir à la suite d'un traumatisme et les lésions s'aggravent quand on les frotte ou les gratte (phénomène de Koebner).

Formes/Types de lésions :

- Plaque chronique
- Érythrodermie
- Pustuleuses – localisées ou généralisées
- En gouttes
- Localisées aux plis du corps (psoriasis inversé)
- Sur les paumes des mains et la plante des pieds
- Aux ongles (psoriasis unguéal)

Facteurs de déclenchement :

- Le stress
- Les hormones, la grossesse
- Les traumatismes
- Les médicaments suivants : β -bloquants, lithium, anti-paludiques, sevrage des stéroïdes systémiques
- Les infections virales et streptococcales

Diagnostiques différentiels

- Eczéma séborrhéique – fréquent
- Lichen plan – peu probable
- Mycose – peu probable
- Lupus érythémateux – peu probable

Le psoriasis du cuir chevelu vs le casque séborrhéique

Psoriasis du cuir chevelu	Casque séborrhéique
Squames sèches argentées	Squames jaunes, graisseuses
Nettement délimité	Mal délimité
Peut s'étendre au front (vérifier les ongles et les faces d'extension)	Ne dépasse pas la lisière des cheveux (vérifier les sourcils, les côtés du nez, les oreilles)

Psoriasis séborrhéique (seborrhiasis)

Le psoriasis séborrhéique a des caractéristiques communes au psoriasis et à l'eczéma séborrhéique. Le psoriasis du cuir chevelu se traite principalement localement avec des traitements topiques. Les thérapies systémiques sont généralement réservées aux formes plus étendues et plus graves de psoriasis.

Psoriasis récalcitrant

Le psoriasis du cuir chevelu récalcitrant ou résistant peut exiger des injections intralésionnelles de corticostéroïdes et moins fréquemment, un traitement systémique.

Les traitements du psoriasis

Topiques

- Goudron
 - Goudron de houille
 - Shampoing
 - En ajout aux préparations corticostéroïdes
 - Goudron de bois
 - Anthralin (rarement utilisé en Amérique du Nord mais encore populaire en Europe)
- Corticostéroïdes
 - Lotion (par exemple valérate de bétaméthasone)
 - Gel (par exemple fluocinonide)
 - Mousse (non disponible au Canada)
 - Shampoing (par exemple propionate de clobétasol – Clobex®)
 - Huile et corticostéroïdes (Derma-Smoothie/FS® huile topique)
- Analogues de la vitamine D3
 - Calcipotriol (Dovonex® lotion pour le cuir chevelu)
 - Calcipotriol – Dipropionate de bétaméthasone (Dovobet®)
- Acide salicylique à 5 à 15% en huile topique

Les traitements du psoriasis (suite)

- Shampoings
 - au goudron (T-Gel® ou Sebcur T®)
 - à l'acide salicylique (Sebcur®)
 - avec pyrithione de zinc (Dangard® ou Head & Shoulders®)
 - avec kétoconazole (Nizoral) ou ciclopirox (Stieprox)
 - avec corticostéroïde fort (Clobex®/Clobétasol®)

Lumière ultraviolette

- UVB
- spectre étroit
- PUVA – voie orale, bain, trempage
- photothérapie (rarement employée pour le cuir chevelu) – peigne novateur qui distribue une lumière ultraviolette

Traitements systémiques

- Acitrétine
- Méthotrexate
- Cyclosporine – A
- Modificateurs de la réponse biologique
 - Alefacept (Amevive®)
 - Étanercept (Enbrel®)
 - Éfalizumab (Raptiva®)

Injections de corticostéroïdes intralésionnels (Triamcinolone / Kenalog® injectable)

Traitements de rotation ou d'association

Points-clés

Cas de psoriasis du cuir chevelu léger à modéré :

- Se laver délicatement tous les matins le cuir chevelu avec un shampoing (avec les paumes des mains et NON le bout des doigts)
- Appliquer un gel ou une lotion de corticostéroïdes une ou deux fois par jour
- Appliquer une solution de calcipotriol (Dovonex®) une ou deux fois par jour
- Utiliser un antihistamique (Hydroxyzine® ou Doxepin®) le soir au coucher pour calmer les démangeaisons

Cas de psoriasis du cuir chevelu modéré à grave :

- Appliquer l'acide salicylique en huile topique ou l'huile Derma-Smooth/FS® au coucher et porter un bonnet de douche
- Les plaques réfractaires peuvent être injectées d'une suspension de Triamcinolone de 2,5 à 4 mg/fiole toutes les 3 à 4 semaines selon le besoin
- Utiliser un antihistamique (Hydroxyzine® ou Doxepin®) le soir au coucher pour calmer les démangeaisons

Il faut signaler que le psoriasis du cuir chevelu est rarement grave au point d'exiger des agents systémiques tels que le méthotrexate ou l'acitrétine.

Mises en garde

- Ne pas frotter, gratter, tripoter ou se coiffer de manière brusque
- Soigner avec douceur
- Ne pas enlever les squames
- Hydrater
- Un traumatisme ou une chirurgie aggraverait les plaques qui s'épaissiraient, seraient plus squameuses et deviendraient plus grandes.

Conclusions

Le psoriasis demeure un défi thérapeutique. L'atteinte du cuir chevelu peut être minime (« pellicules ») ou plus importante et plus difficile à traiter. Des soins en douceur cherchant à réduire le traumatisme et à traiter l'inflammation et le prurit amélioreront les résultats thérapeutiques.

Nouvelle classification de la rosacée et thérapie actuelle pour les médecins de famille

B. Wang, MDCM, FRCPC

Département de dermatologie, Université McGill, Montréal, Québec, Canada

Définition

La rosacée est une maladie courante très répandue dans le monde entier. Son incidence est plus élevée chez les types de peau pâle quoi qu'elle survienne aussi chez les Asiatiques et les Afro-Américains. Elle affecte autant la femme que l'homme, souvent après l'âge de 30 ans. Il n'existe pas, pour le moment, d'exams de laboratoire pour diagnostiquer la rosacée : il faut poser un diagnostic clinique. La pathophysiologie et l'étiologie exactes de la rosacée restent également vagues. Cependant, assez récemment, le spectre de la rosacée a été classifié et normalisé. [Wilkin JK, et al., *J Am Acad Dermatol* 46:584-7 (2002).]

Le signe clinique définissant la rosacée est un érythème permanent localisé au centre du visage depuis au moins trois mois. D'autres manifestations cliniques immédiates sont : la rougeur de la peau (érythème épisodique), des papules et des pustules et les télangiectasies (vaisseaux superficiels de la peau dilatés). Parmi les manifestations secondaires, on peut citer : les sensations de picotement et de brûlure, la sécheresse, l'œdème, les plaques, les manifestations oculaires et les tuméfactions.

On reconnaît 4 sous-types de rosacée qu'il est important de déterminer car chacun exige un mode de thérapie différent.

Sous-types de rosacée

- **Rosacée érythématotélangiectasique** : On observe une rougeur de la peau et un érythème permanent au centre du visage ainsi que des télangiectasies. Souvent, il survient un œdème au centre du visage, des picotements et des brûlures sur la peau ainsi que de la sécheresse.
- **Rosacée papulopustuleuse** : On voit papules et pustules souvent greffées sur un érythème facial permanent.
- **Rosacée avec tuméfactions** : Il y a épaissement de la peau réalisant souvent un rhinophyma. On constate des nodules palpables de formes irrégulières, des glandes sébacées hypertrophiées et une apparence grasseuse de la peau. Le menton, le front, les joues et les oreilles peuvent être touchés.
- **Rosacée oculaire** : Il y a sensation de brûlure, de sable sous les paupières, de sécheresse, de corps étranger dans l'œil et télangiectasie de la sclérotique. Souvent blépharite, conjonctivite, chalazions, orgelets se présentent. Rarement, des symptômes cornéens (comme la kératite, des infiltrats et des ulcères) peuvent survenir.

Ces sous-types sont ensuite classés comme étant légers, modérés ou graves. Ils peuvent se chevaucher mais on croit, qu'en général, les patients ne passent pas d'un sous-types à un autre.

Physiopathologie présumée

- Labilité vasomotrice
- Exposition aux rayons ultraviolets, à la chaleur
- Dégénérescence de la matrice du derme
- Processus inflammatoire péri-folliculaire

Pour le moment, on ne considère pas que *Demodex* et *Heliobacter pylori* sont des microbes pathogènes dans la survenue de la rosacée.

Facteurs aggravants

- L'exposition aux rayons ultraviolets
- Les extrêmes de température
- La consommation de boissons chaudes, d'aliments épicés, d'alcool
- Les produits irritants topiques contenant de l'acide dialcoolique (glycol), de l'alcool, de l'acétone, des substances exfoliantes et astringentes, des parfums
- Les médicaments qui provoquent des bouffées vasomotrices tels que les agents vasodilatateurs, l'acide nicotinique, le nitrate d'amyle, les inhibiteurs calciques, les opiacés

Diagnostic différentiel

Avant de poser un diagnostic de rosacée, il faut éliminer les maladies suivantes :

- Lupus érythémateux aigu disséminé, dermato-myosite, connectivite mixte et autres maladies du tissu conjonctif
- Polyglobulie essentielle
- Carcinoïde
- Mastocytose

Il faut aussi penser à la photosensibilité et à l'eczéma allergique de contact. On ne considère plus que la dermatite péri-orale qui se manifeste par des papules érythémateuses autour de la bouche ou périorbitaires, est une variante de la rosacée. La dermatite séborrhéique peut co-exister avec la rosacée : elle se présente par une desquamation oxyde rouge de plomb dans la zone en T du visage, du cuir chevelu et de la poitrine.

Choix de traitements pour la rosacée

- **Rosacée érythématotélangiectasique:** Le métronidazole en application topique, le sulfacétamide sodique avec soufre, l'acide azélaïque aident à réduire l'érythème. Les meilleurs traitements pour les télangiectasies sont les thérapies au laser et à la lumière.
- **Rosacée papulopustuleuse :** Le métronidazole topique, le sulfacétamide sodique avec soufre, l'acide azélaïque, le peroxyde de benzoyle, l'érythromycine, la clindamycine et la trétinoïne diminuent les papules et les pustules inflammatoires. On utilise les antibiotiques pour des résultats plus rapides. L'isotrétinoïne orale à faible dose (pour éviter la sécheresse excessive) peut aussi être utilisée.
- **Rosacée avec tuméfactions :** Lors des premières phases de la maladie, les thérapies topiques peuvent diminuer papules et pustules qui souvent se retrouvent au milieu du visage. L'isotrétinoïne peut aussi être utilisée pour diminuer nodules et kystes ainsi que la production excessive de sébum temporairement. Cependant, le rhinophyma lui-même sera traité chirurgicalement avec dermabrasion, électrochirurgie, cryochirurgie et chirurgie au laser.
- **Rosacée oculaire :** Soins généraux aux paupières et produits de suppléance lacrymale sont essentiels. La tétracycline orale est souvent utilisée pour le traitement des lésions inflammatoires. Si l'on craint une atteinte de la cornée, il est conseillé de consulter un ophtalmologiste.

Recommandations générales de base à faire aux patients :

- Utiliser quotidiennement un écran solaire à large spectre comportant de l'anhydride titanique et de l'oxyde de zinc comme agents bloquants des rayons ultraviolets.
- Utiliser des crèmes hydratantes non parfumées à base de silicone (sous forme de diméthicone ou de cyclométhicone), dans le but de protéger la barrière cutanée.
- Nettoyer la peau sans savon.
- Pour camoufler la rougeur, utiliser un fond de teint en poudre, liquide ou en crème de teinte verdâtre.
- Éviter les facteurs aggravants (indiqués plus haut).

Communiquer avec le patient

Il est important de laisser savoir au patient que la rosacée est une maladie chronique pour laquelle il n'y a pas de guérison ; mais il existe des thérapies efficaces capables de la maîtriser. Une rémission peut s'obtenir grâce à un traitement d'entretien et l'évitement des facteurs aggravants, traitement qu'il faudra peut-être continuer pour la vie. Il faut aussi avertir le patient que la maladie pourra à nouveau progresser si l'on ne maintient pas la thérapie d'entretien et les comportements d'évitement.

Guide thérapeutique de la rosacée avec cure et posologie

Topique

- Métronidazole en crème, gel ou lotion à 0,75 % ; aussi en crème à 1 %, chaque jour
- Sulfacétamide de sodium à 10 % avec crème ou lotion de soufre à 5 %, deux fois par jour
- Érythromycine en lotion ou solution topique à 2 %, deux fois par jour
- Acide azélaïque en gel à 15 %, deux fois par jour
- Trétinoïne en crème à 0,025 %, au coucher

Systémique

- Tétracycline 250-500 mg par voie orale, chaque jour ou deux fois par jour pendant 6 à 12 semaines
- Minocycline 50-100 mg par voie orale, chaque jour ou deux fois par jour pendant 6 à 12 semaines
- Doxycycline 50-100 mg par voie orale, chaque jour ou deux fois par jour pendant 6 à 12 semaines
- Érythromycine 250 mg par voie orale, chaque jour ou deux fois par jour pendant 6 à 12 semaines
- Isotrétinoïne à dose faible par voie orale, chaque jour pendant 16 semaines

Les agents d'hormonothérapie approuvés dans le traitement de l'acné

J.K.L. Tan, M.D., FRCPC

Département de médecine, Université Western Ontario, Windsor, Ontario, Canada

Qu'est-ce que l'acné ?

L'acné est une affection occlusive et inflammatoire des follicules pilosébacés (glandes sébacées) due à la coexistence de plusieurs facteurs :

- les hormones androgènes (testostérone, dihydrotestostérone, hydroxyprogestérone)
- des germes résidants (*Propionibacterium acnes*)
- une desquamation anormale de l'orifice du pore, et
- une production excessive de sébum

Hormonothérapie

On reconnaît depuis longtemps que les agents d'hormonothérapie sont efficaces pour le traitement de l'acné chez la femme. Cet article se concentre sur les agents officiellement recommandés dans le traitement de l'acné au Canada :

- Éthinylestradiol 0,020 mg et lévonorgestrel 0,100 mg (Alesse®)
- Éthinylestradiol 0,035 mg et acétate de cyprotérone 2 mg (Diane®-35)
- Éthinylestradiol 0,035 mg et norgestimate en doses croissantes (0,180 mg, 0,215 mg et 0,250 mg, chaque dose devant être prise pendant 7 jours) (Ortho Tri-Cyclen®)

Ces agents peuvent être utilisés pour toutes les formes de gravité de l'acné chez les femmes qui ont :

- Une acné modérée : comme traitement d'appoint aux agents topiques chez les femmes qui désirent une contraception ;
- Une acné grave : chez les femmes qui ne répondent pas aux agents topiques et aux antibiotiques oraux (Diane®-35) ;
- Une acné grave qui exige la prise d'isotrétinoïne orale : comme l'une des deux formes efficaces de contraception ;

La spironolactone est un antiandrogène stéroïdien synthétique qui agit par liaison compétitive avec les récepteurs des androgènes, inhibe l'activité de la 5 α -réductase et ainsi réduit la biosynthèse des androgènes. On l'a utilisée dans le traitement de l'acné dans des doses allant de 50 à 200 mg par jour. À cause du nombre limité d'études et des petits échantillonnages, l'efficacité de la spironolactone dans le traitement de l'acné a été jugée indéterminée dans une récente révision Cochrane des résultats. [Farquhar C, et al., *The Cochrane Library (Oxford)* 2; CD000194 (2003).]

Durée du traitement

Alors qu'en général une amélioration de l'acné avec ces agents survient dès le deuxième cycle, une efficacité plus grande s'obtient avec des traitements qui se prolongent sur 6 cycles ou plus. Il faut penser à un traitement d'entretien à long terme tant que l'acné est évolutive dans le but d'éviter la possibilité du rebond des symptômes lors de l'interruption des soins. Dans une déclaration, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) affirme que les schémas de posologie d'arrêt et de reprise à répétition ne sont pas la meilleure façon de traiter les désordres androgéno-dépendants.

Résumé des preuves

Produit	Preuve	Résultats
Éthinylestradiol 0,020 mg et lévonorgestrel 0,100 mg (Alesse®)	2 essais randomisés contrôlés par placebo auxquels ont participé pendant 6 cycles menstruels 271 femmes ayant une acné faciale modérée. [Leyden J, et al., <i>J Am Acad Dermatol</i> 47:399-409 (2002) ; Thiboutot D, et al., <i>Fertil Steril</i> 76: 461-8 (2001).]	Amélioration marquée du nombre des lésions et de l'appréciation globale du médecin et de la patiente. Réduction d'ensemble de 40 % des lésions inflammatoires et de 20 % des lésions non inflammatoires.
Éthinylestradiol 0,035 mg et acétate de cyprotérone 2 mg (Diane®-35)	1 essai randomisé avec groupe actif de comparaison – éthinylestradiol 0,030 mg et lévonorgestrel 0,15 mg – chez 85 patientes pendant 6 cycles menstruels. [Carlborg L, et al., <i>Acta Obstet Gynecol Scand Suppl</i> 134:29-32 (1986)]	Amélioration marquée dans le nombre des lésions inflammatoires avec une réduction de 72 % (comparée à une réduction de 35 % dans le groupe de comparaison).
Éthinylestradiol 0,035 mg et norgestimate en doses croissantes (0,180 mg, 0,215 mg et 0,250 mg chacune pendant 7 jours) (Ortho Tri-Cyclen®)	2 essais randomisés contrôlés par placebo auxquels ont participé pendant 6 cycles menstruels 324 femmes ayant une acné faciale modérée. [Lucky AW, et al., <i>J Am Acad Dermatol</i> 37:746-54 (1997) ; Redmond GP, et al., <i>Obstet Gynecol</i> 89:615-22 (1997).]	Amélioration marquée du nombre des lésions et de l'appréciation globale du médecin et de la patiente. Réduction d'ensemble de 56 % des lésions inflammatoires et de 41 % des lésions non inflammatoires.

Tableau 1 : Une analyse des articles sur l'efficacité de ces contraceptifs dans le traitement de l'acné a identifié de nombreux essais cliniques contrôlés. Il faut bien constater que dans les études sur Alesse® ainsi que sur Ortho Tri-Cyclen®, l'effet placebo est élevé.

Comparaison des traitements

Bien qu'il n'y ait pas d'essais cliniques contrôlés par rapport à l'efficacité relative de ces trois agents dans le traitement de l'acné, un sondage des patientes acnéiques canadiennes traitées au préalable avec ces agents indique que :

- L'éthinylestradiol 0,035 mg et l'acétate de cyprotérone 2 mg (Diane®-35) a été considéré comme le plus efficace des trois agents ;
- Diane®-35 a reçu le plus de classements « moyennement et extrêmement » efficace (42 %) comparativement à l'éthinylestradiol 0,035 mg et le norgestimate en doses croissantes (0,180 mg, 0,215 mg et 0,250 mg chacune pendant 7 jours) (22 %) et que l'éthinylestradiol 0,020 mg et lévonorgestrel 0,100 mg (Alesse®) (19 %) ;
- Le mécanisme d'action des 3 traitements est différent parce que Diane®-35 comporte un progestatif anti-androgénique en plus des composantes œstrogéniques.

[Tan J., Effectiveness of Hormonal Treatment in Acne – *The Canadian Acne Epidemiological Survey*. Présenté à : Dermatology Update 2005, Montréal, Canada.]

Sécurité d'emploi

L'usage de ces agents peut entraîner des réactions indésirables mineures comme les nausées, la sensibilité mammaire, les céphalées, des troubles de l'humeur et une augmentation de poids. D'autres complications potentiellement graves comprennent la thrombose cérébrale. Quoique le risque de thromboembolie artérielle augmente de 3 à 4 fois pour les traitements hormonaux œstroprogestatifs mini-dosés, l'importance de ce risque a une signification clinique minimale chez les femmes qui n'ont pas de risques additionnels. [Comité de directives sur la contraception de la SOGC. Canadian Clinical Practice Guidelines: Combined Hormonal Contraception. *J Obstet Gynaecol Can* 26(3):219-54 (2004)]. Une analyse épidémiologique complète récente n'a pas démontré une augmentation des risques de thromboembolie artérielle avec Diane®-35. [Spitzer WO. *J Obstet Gynecol Can* 25:1011-8 (2003)] L'hypertension et le tabagisme sont des facteurs de risque indépendants pour l'infarctus du myocarde et la thrombose cérébrale chez les utilisatrices de contraceptifs œstroprogestatifs oraux. Ainsi, les maladies qui présentent des contre-indications à l'usage de traitements hormonaux incluent les troubles thromboemboliques, les affections cérébrovasculaires ou des artères coronaires, les céphalées avec signes neurologiques en foyer, le diabète avec complication, le tabagisme après l'âge de 35 ans, une hypertension > 160/100 mmHg ou avec une maladie vasculaire coexistante, les états associés à une immobilisation prolongée.

Conclusion

Les agents d'hormonothérapie offrent des options thérapeutiques efficaces et importantes pour les femmes souffrant de tous les degrés de gravité de l'acné. Les trois préparations approuvées au Canada à cette fin ont des profils de sécurité similaires à ceux des contraceptifs oraux traditionnels.

ABONNEMENT GRATUIT

Skin Therapy Letter[®]

Édition médecine familiale

Rédacteur en chef : Dr Stuart Maddin

Visitez le www.SkinTherapyLetter.ca et abonnez-vous gratuitement!

Lisez en ligne cette nouvelle publication de dermatologie pour les médecins de famille :

- Contenu vérifié par des médecins
- Conseils pour l'éducation du patient
- Information sur les traitements actuels

Pour plus d'information, les professionnels en médecine et les consommateurs canadiens peuvent avoir accès à tous nos sites à www.skincareguide.ca ou visiter directement :

Sites pour les patients :

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

Sites pour les professionnels en médecine :

SkinTherapyLetter.ca

Faites-nous part de vos opinions !

Veuillez nous faire parvenir commentaires et suggestions de thèmes à développer à l'adresse suivante : skintherapyletter@skincareguide.com

Les compagnies suivantes nous ont accordé une subvention à l'éducation sans restriction pour la distribution de cette publication en 2006 :

Leo Pharma Inc.

Allergan, Inc.

Galderma Canada Inc.

Berlex Canada Inc.

GlaxoSmithKline Consumer Healthcare Canada

© 2006 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.