

Skin Therapy Letter[®]

Volume 4 • Numéro 2 • Mai 2008

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 24 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. Shehla Ebrahim, M.D., CCFP, FCFP****CONSEILLÈRE EN MÉDECINE FAMILIALE**

Dr Ebrahim pratique la médecine familiale à Vancouver Nord depuis 15 ans. En raison de son vif intérêt pour la dermatologie, Dr Ebrahim a élargi sa pratique pour y inclure la médecine cosmétique et au laser ainsi que l'établissement d'un centre de santé médical florissant (Afterglow Skin and Laser Centre). Son intérêt ciblé en soins de la peau, jumelé à l'adoption d'un modèle d'affaires progressiste, ont aidé Dr Ebrahim à obtenir d'importants honneurs qui incluent un portrait en tant qu'entrepreneur ayant réussi, récemment présenté par la Women's Enterprise Society de la Colombie-Britannique.



Les thérapies topiques de l'acné : Optimiser l'observance au traitement du patient

R. B. Vender, M.D., FRCPC, FAAD*Dermatials Research, Hamilton, Ontario, Canada***Mise en contexte**

Les traitements pour l'acné les plus fréquemment utilisés par les patients et prescrits par les médecins de famille et les dermatologues sont les médicaments topiques. Les patients se sentent plus à l'aise avec les thérapies topiques parce qu'elles ont des effets secondaires plus légers, sont parfois plus faciles à employer, sont généralement moins chères et plus facilement disponibles.

La vaste gamme de traitements topiques pour l'acné permet une approche individualisée qui peut être adaptée pour répondre aux besoins de chaque patient. Pourtant, même à l'intérieur d'un plan de traitement bien conçu, quand un patient quitte le bureau du médecin avec une prescription, avant que le patient utilise réellement le médicament comme voulu, il faut prendre des mesures appropriées. L'observance chez le patient est cruciale pour prévenir l'échec du traitement.

Les causes de la non-observance

Deux raisons principales influencent directement la non-observance¹ :

1. Les problèmes de la relation patient / médecin
 - Les patients comprennent mal les instructions du clinicien.
 - La stratégie de traitement choisi n'a pas été suffisamment bien expliquée.
 - Mauvaise compréhension des patients du délai réaliste permettant une amélioration et quels sont les buts possibles du traitement.
 - Il faut insister sur le fait que l'objectif est le contrôle de l'acné et non sa guérison.
2. Les problèmes reliés au traitement
 - Les patients comprennent mal les effets secondaires du traitement.
 - Les patients interprètent mal les risques et les avantages du traitement.
 - La routine et les instructions du traitement sont trop difficiles à suivre.
 - Les patients oublient d'appliquer le médicament.
 - Les patients trouvent que la thérapie est intolérable.
 - Les patients trouvent que le coût de la thérapie est inabordable.
 - Les patients ont de la difficulté à conserver la médication adéquatement.
 - La médication a une odeur désagréable.
 - L'excipient n'est pas approprié.

Améliorer l'observance

L'établissement de bons rapports avec le patient acnéique est un élément crucial pour réaliser le succès du traitement². Si un dialogue sans gêne peut s'établir, les patients auront tendance à raconter plus en détails leurs expériences de traitement et ils se sentiront plus obligés de se conformer aux thérapies prescrites.

Conseils pour améliorer l'observance

- Gagnez la confiance de vos patients en étant réceptif à leurs besoins individuels alors que vous les faites parler et que vous exprimez de l'empathie au sujet de leur situation particulière.
- Pensez à organiser une séance d'aide psycho-sociale pour l'acné dirigée par des infirmières d'expérience.
- Montrez-vous soucieux en relançant les patients qui ont raté un rendez-vous.
- Offrez des dépliants qui soulignent les objectifs des différentes thérapies, qui expliquent les faits par rapport à l'acné et aux attentes des traitements; ce genre de documentation peut servir de matériel de référence à la maison.
- Éduquez les patients au sujet de la prévalence de l'acné et assurez-leur qu'ils ne sont pas les seuls à en souffrir.
- Abordez la question de la non-observance avec le patient.
- Si le patient est insatisfait avec le traitement en cours, soyez prêt à modifier votre approche thérapeutique.
- Pour améliorer l'observance à court terme, il peut être nécessaire d'augmenter la fréquence des visites à la clinique.
- L'observance à long terme s'obtient généralement quand l'observance à court terme est établie, ce qui se produit d'habitude quand les patients remarquent une amélioration dans les signes et les symptômes de leur acné.
- Recommandez l'usage de nettoyants doux pour éviter d'aggraver l'irritation et la sécheresse dues à la médication.
- Offrez de la flexibilité dans les applications : comme de changer celles du soir pour celles du matin ou vice-versa selon la tolérance, une fois par jour ou selon le cas.
- Encouragez les patients à faire des listes de contrôle ou à garder un journal pour suivre de près l'observance.
- On peut associer divers antibiotiques, peroxydes de benzoyle (PBO) et rétinoïdes topiques pour un usage moins fréquent.
- Ajustez la fréquence et la durée des applications pour réduire les effets secondaires; augmentez la dose selon la tolérance.

Les patients adolescents

- Pensez à voir les patients adolescents seuls, sans leurs parents, au cas où il y aurait des questions délicates qu'ils seraient plus à l'aise d'aborder seuls.
- Soyez conscient que les patients adolescents sont particulièrement vulnérables à une plus vive anxiété par rapport à leur apparence.
- Encouragez les suggestions des patients par rapport à des médications que leurs amis leur ont recommandées.
- Si un parent est présent, veillez à vous adresser au patient adolescent et non à son parent.
- Saluez en premier le patient et ensuite le parent ou gardien.
- Donnez les rendez-vous après l'école pour ne pas troubler le programme scolaire.

Conseils pour une visite au cabinet réussie

- Faites attention de ne pas donner au patient le sentiment qu'il doit se dépêcher.
- Accordez suffisamment de temps au patient pour qu'il puisse discuter de ses inquiétudes et exprimer ses impressions sur le traitement prescrit.
- Suggérez au patient d'apporter à chaque visite toutes ses médications pour l'acné et ses produits de soins de la peau pour une révision pharmaceutique.
- Minimisez pour les patients la période d'attente en salle d'attente afin de réduire leur frustration.

Considérations pour le choix des excipients

Lorsque vous choisissez quelles sont les options pour le traitement adéquat, une évaluation approfondie des besoins du patient en termes de la gravité de son acné, de son style de vie et de ses préférences par rapport à l'excipient doivent tous être conjointement pris en considération.

- Les patients à la peau plus sèche préféreront les crèmes pour leurs propriétés hydratantes.
- Les patients qui ont la peau plus grasse préféreront la sensation plus légère des gels, des lotions, des solutions ou des mousses.
- Les formules moins visqueuses telles que les lotions, les gels et les mousses sont mieux adaptées aux applications sur les plus grandes surfaces et sur les endroits plus poilus.
- Minimisez l'irritation en utilisant lorsque possible, des véhicules aqueux plutôt que ceux qui contiennent de l'alcool.
- Des innovations de produit comme le nouveau système de livraison par pompe qui est utilisé pour l'association PBO / clindamycine, rendent l'application plus facile et peuvent favoriser l'observance chez le patient.
 - Formulé par le pharmacien pour une efficacité maximale et une irritation minimale
 - Des résultats qui peuvent être visibles aussi rapidement qu'en deux semaines
 - Un nombre moindre d'ingrédients peut diminuer le potentiel d'irritation.

Considérations pour le choix du traitement

Une meilleure observance peut s'obtenir en considérant les particularités de la thérapie anti-acné. L'accessibilité des sites anatomiques pour la thérapie topique : par ex., le visage, la poitrine et les épaules sont plus accessibles que le dos. Les autres considérations importantes comprennent: l'efficacité, la tolérance, l'acceptabilité cosmétique, la simplicité du schéma thérapeutique, la commodité et la facilité d'application. (Voir tableau 1)

Genre de médicament	Agents topiques pour l'acné	Généralités
<i>Antibiotiques</i>	<ul style="list-style-type: none"> • PBO • Clindamycine • Érythromycine • Sulfacétamide de sodium 	<ul style="list-style-type: none"> • Ils ciblent <i>P. acnes</i>. • Ils sont conditionnés sous forme de crèmes, onguents, lotions, gels et mousses. • On trouve un produit avec un FPS 15 + l'antibiotique. • Ils peuvent produire de l'irritation et de la sécheresse.
<i>Produits d'association³</i>	<ul style="list-style-type: none"> • PBO + antibiotique • Rétinoïde topique + antibiotique 	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les deux sont sous forme de gels qui traitent des facteurs pathogènes multiples. • L'efficacité des produits associés est typiquement plus grande que celle de chaque agent seul. • La réduction de la complexité de la routine peut augmenter l'observance au traitement car les deux ingrédients sont actifs. • L'usage associé d'un antibiotique topique avec le PBO peut diminuer l'émergence de la résistance bactérienne.
<i>Rétinoïdes</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Adapalène • Tazarotène • Trétinoïne 	<ul style="list-style-type: none"> • Les progrès au niveau de la libération de l'excipient réduisent l'irritation et améliorent l'efficacité⁴ : <ul style="list-style-type: none"> • Présentés en crème émoullente ou en gel avec micro-éponges. • Reconnus pour être efficaces dans l'acné vulgaire par comédolyse qui agit pour réduire la dyskératose à la sortie du follicule pilosébacé. • Ils sont disponibles en gels, crèmes et solutions qui peuvent produire de l'irritation et de la sécheresse.

Tableau 1 : La gamme des médicaments topiques pour l'acné⁵

Suggestion pour la prescription

- L'évaluation et le diagnostic de l'acné du patient en acné inflammatoire ou non inflammatoire rétrécissent les perspectives de traitement.
- Réduire l'usage du PBO sur la poitrine et le dos car il décolore les vêtements; recommander de l'appliquer la nuit et de porter un vieux maillot ou un vieux pyjama.
- Il est important d'éduquer les patients sur tous les effets secondaires possibles de chaque prescription et des produits en vente libre qu'ils utilisent actuellement.
- Penser aux solutions à base d'alcool pour la poitrine et le dos.
- Penser à une application avec boules de coton pour les médicaments topiques qui possèdent un applicateur topique.
- Veiller à ce que le patient ait une quantité adéquate de médicaments; p. ex., de grandes quantités pour les endroits plus grands.
- Prescrire plusieurs tubes ou pots de médicaments pour être utilisés en divers endroits comme à l'école, dans le casier, au gymnase, à la maison.
- Autant que possible, préconiser des routines simples.
- Fournir une approximation des quantités à appliquer en utilisant des références descriptives qui seront facilement comprises par le patient : p. ex., appliquer du gel de la grosseur d'un pois pour chacune des cinq régions faciales, soit le front, chaque joue, le menton et le milieu de la figure.
- On ne rapporte pas toujours les applications manquées et la non-observance du traitement prescrit au médecin traitant; pour en tenir compte, il peut être nécessaire d'augmenter la dose.
- Les patients devraient être évalués tous les deux ou trois mois pour surveiller l'efficacité thérapeutique.

Conclusion

Adopter une approche complète qui tient compte des préférences individuelles, des propriétés des traitements disponibles et de la gravité de la maladie, peut encourager l'observance au traitement par le patient et déboucher sur de meilleurs résultats thérapeutiques. Cependant, bien que représentant la clé pour obtenir une bonne observance, l'attention que les médecins portent à l'établissement d'une communication efficace avec leur patient est souvent sous-estimée. Celle-ci peut s'établir grâce à :

- l'éducation du patient sur l'acné et les buts du traitement initial et du traitement d'entretien;
- la participation du patient dans le choix du traitement;
- des avertissements sur les facteurs aggravants, l'usage des médicaments, les événements indésirables et l'importance d'une bonne observance.

Références

1. Renzi C., et al., *Arch Dermatol* 138(3) : 337-42 (mars 2002).
2. Baldwin H.E., *Dermatol Ther* 19(4) : 224-36 (juillet-août 2006).
3. Del Rosso J.Q., *Cutis* 78(2 Suppl 1) : 5-12 (août 2006).
4. Date A.A., et al., *Skin Pharmacol Physiol* 19(1) : 2-16 (2006).
5. Tan J., *Skin Therapy Lett FP* 3(4) : 4-5 (novembre 2007).

L'observance au traitement topique du psoriasis

L. Kircik, M.D.

Département de Dermatologie, Indiana University School of Medicine,
Indianapolis, Indiana, États-Unis

Mise en contexte

Voilà de nombreuses années que les cliniciens s'inquiètent au sujet de l'observance au traitement chez les patients et plus particulièrement chez ceux qui souffrent de problèmes chroniques de la peau. Bien que cruciale pour des résultats thérapeutiques efficaces, la question de l'observance chez le patient a été jusqu'à récemment en grande partie ignorée dans la gestion de la maladie dermatologique. On a défini deux types de non-observance :

- La non-observance involontaire, p. ex. : l'intention du patient d'utiliser la médication échoue à cause de barrières comme le manque de mémoire.
- La non-observance volontaire, p. ex. : le patient arrive à la décision (habituellement planifiée) de ne pas suivre le traitement tel qu'ordonné¹.

- Cela survient plus fréquemment au cours de maladies chroniques telles que le psoriasis, quand le schéma thérapeutique entrave la routine quotidienne.

Des études ont révélé que jusqu'à 40 % des patients ayant le psoriasis ne respectent pas le schéma thérapeutique recommandé. De plus, des experts ont suggéré que de nombreux patients psoriasiques ne recherchent pas d'aide car ils croient qu'il n'existe pas de traitement adéquat pour leur problème¹. Plus encore, dans une étude par Krueger, et al., plus de la moitié des patients interrogés étaient mécontents de leur traitement².

Facteurs jouant un rôle

Bien que l'on ait identifié de nombreuses variables affectant l'observance chez les patients, quelques facteurs importants engendrant la non-observance comprennent :

- les facteurs sociodémographiques tels que le sexe, la situation de famille et la situation d'emploi
- les facteurs associés au traitement, p. ex.,
 - le type de traitement, p. ex., systémique, photothérapie ou topique
 - Un sondage auprès de patients psoriasiques a révélé qu'ils préféraient les traitements systémiques aux traitements topiques et à la photothérapie³.
 - Cependant, dans une étude ultérieure, les patients ayant une thérapie topique étaient plus observants que ceux qui suivaient la thérapie systémique ou la photothérapie, en dépit du fait qu'ils avaient une moins bonne perception des soins médicaux reçus et des résultats du traitement⁴.
 - Dans une autre étude, les patients recevant des traitements topiques ont démontré une observance dans 51 % des cas à cause de la fréquence des applications et dans 71 % des cas à cause de la durée du traitement⁵.
- la durée du traitement
 - L'observance au traitement diminue si la durée du traitement est longue⁶.
- le mécanisme de délivrance, p. ex., crème, onguent, mousse, gel

- le point de traitement, p. ex., la mise en route du traitement
- la fréquence du traitement :
 - L'observance au traitement pour les traitements en prise unique quotidienne est considérablement plus élevée que pour les traitements avec double administration quotidienne de doses (82 % contre 44 %, respectivement)⁷.
 - Les traitements en prise unique comprennent le propionate de fluticasone ou la combinaison topique de dipropionate de bétaméthasone et calcipotriol.
- les effets secondaires
 - L'observance est considérablement plus élevée aux traitements qui n'ont pas d'effets secondaires⁷.
- le temps consacré au traitement
- Les facteurs de répartition de la maladie tels que l'âge de son apparition et sa gravité.
- Les perceptions du patient par rapport aux soins reçus, p. ex.,
 - la satisfaction par rapport à la consultation
 - l'opinion au sujet des qualités relationnelles du clinicien
 - l'optimisme par rapport au processus du traitement
 - les connaissances sur le psoriasis et l'approche thérapeutique adoptée
 - les croyances au sujet de l'innocuité de leur traitement peuvent être en conflit avec l'opinion du clinicien.
 - la reconnaissance que la participation active du patient et du médecin est essentielle au succès du traitement.

L'observance est aussi plus élevée chez les patients qui se font traiter pour la première fois⁷ et pour ceux dont le traitement est à court terme^{8,9}. Il semble que la mise en place d'une nouvelle thérapie peut présenter une opportunité unique d'établir une relation entre le patient et le prescripteur et d'améliorer l'observance chez le patient.

Les stratégies pour améliorer l'observance

Un certain nombre de stratégies ont été suggérées pour faire face à la question de la non-observance :

- Simplifier le schéma thérapeutique, i.e., réduire le nombre de médicaments et la fréquence des applications.
- Consacrer du temps à l'éducation du patient. Les patients armés d'une information suffisante et exacte seront capables de comprendre les buts de la thérapie et l'impact de la non-observance.
- S'assurer que les patients comprennent bien les instructions tant écrites que verbales pour l'utilisation des médicaments.
- Apporter les précisions nécessaires par rapport aux inquiétudes des patients relatives à l'innocuité et à l'efficacité d'une thérapie à long terme.
- Encourager les méthodes comportementales comme les rappels et les aide-mémoire environnementaux (p. ex., appliquer immédiatement après la douche). (Voir tableau 1)

Traitement	Commentaires
<i>Anthraline</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Diminue la prolifération excessive des cellules cutanées. • Efficace pour les formes légères à modérées de la maladie; mais les patients sont lents à réagir. • L'irritation cutanée et une coloration sont des effets secondaires habituels. • Disponibilité restreinte • Rarement utilisée par les patients de consultation externe.
<i>Inhibiteurs de la calcineurine</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Agents immunosuppresseurs qui perturbent la transmission des signaux des cellules T, ce qui affecte les réponses inflammatoires du corps. • Des études ont indiqué des résultats thérapeutiques favorables pour le psoriasis, particulièrement sur le visage et dans les endroits intertrigineux.
<i>Calcipotriol</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Un analogue de la vitamine D qui agit pour modifier à la fois la prolifération et la différenciation épidermiques. • Une application de calcipotriol deux fois par jour, selon des études, est plus efficace que le goudron, l'anthraline en contact de courte durée et certains corticostéroïdes. • Son usage combiné avec des stéroïdes améliore son efficacité. • Les mélanges à l'improviste de calcipotriol et stéroïdes (le dipropionate de bétaméthasone et le valérate de bétaméthasone inclus) pourraient être instables; de telles combinaisons ne sont pas recommandées.
<i>Calcipotriol + dipropionate de bétaméthasone</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Disponible en préparation commerciale stable. • Cette thérapie adjuvante peut augmenter le degré d'amélioration des patients qui suivent un traitement avec UVB, PUVA, méthotrexate, cyclosporine, rétinoïdes ou agents biologiques. • L'utilisation combinée peut être synergique et exercer un effet d'épargne sur la dose, ce qui peut réduire certains effets secondaires produits par de nombreux traitements antipsoriasiques. • Peut être considéré comme une thérapie topique de premier choix grâce à une application unique quotidienne, la rapidité d'action et des profils d'innocuité et d'efficacité favorables au cours de 52 semaines d'utilisation « selon le besoin »¹⁰.
<i>Corticostéroïdes</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Molécules puissantes utilisées pour leurs effets anti-inflammatoires, immunosuppresseurs et antiprolifératifs. • Efficacité et innocuité confirmées pour une monothérapie en cures de court terme ou lors d'utilisation intermittente sur le long terme.
<i>Goudron</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ralentit la prolifération des cellules cutanées. • Réduit l'inflammation, les démangeaisons et la desquamation. • Efficace dans le traitement du psoriasis du cuir chevelu. • Son usage est limité par son odeur, et sa capacité à produire de l'irritation et de tacher. • Il peut causer une folliculite; il peut être cancérogène.
<i>Tazarotène</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Un rétinoïde qui modifie la prolifération et de la différenciation des cellules cutanées; utilisé principalement dans l'acné. • Peut irriter les lésions psoriasiques. • Son efficacité est améliorée lorsqu'il est utilisé en association avec des corticostéroïdes topiques, le calcipotriol ou la photothérapie.

Tableau 1 : Options de traitements topiques courantes¹¹

Conclusion

Pour continuer à travailler en association avec les patients, il est nécessaire de³ :

- faire une évaluation continue de leur qualité de vie;
- faire une évaluation continue de leurs critères implicites de l'acceptabilité du traitement;
- se diriger vers un modèle de plus grande participation en vue d'un comportement d'autogestion.

La planification du traitement avec le patient et la permission qu'il ou elle joue un rôle central dans sa création favoriseront probablement l'observance au traitement.

Références

1. Richards H.L., et al., *J Eur Acad Dermatol Venereol* 20(4) : 370-9 (avril 2006).
2. Krueger G., et al., *Arch Dermatol* 137(3) : 280-4 (mars 2001).
3. Richards H.L., et al., *J Am Acad Dermatol* 41(4) : 581-3 (octobre 1999).
4. Richards H.L., et al., *Br J Dermatol* 147(5) : 1070 (novembre 2002).
5. Fogh K., et al., Vitamin D₃ Analogues. In : van de kerkhof P.C.M., ed. *The Management of Psoriasis : Clinics in Dermatology*. New York: Elsevier. 15 : 705-14 (1997).
6. Rosenstock I.M., *Diabetes Care* 8(6) : 610-6 (novembre-décembre 1985).
7. Zaghoul S.S., et al., *Arch Dermatol* 140(4) : 408-14 (avril 2004).
8. van de Kerkhof P. C., et al., *Dermatology* 200(4) : 292-8 (2000).
9. Bell R.A., et al., *J Gen Intern Med* 17(11) : 817-24 (novembre 2002).
10. Toole J.W.P., *Skin Therapy Lett* 12(4) : 1-3 (mai 2007).
11. Kircik L., et al., *Skin Therapy Lett FP* 3(3) : 4-5 (août 2007).

Une mise au point sur les écrans solaires à spectre large

C. Zip, M.D., FRCPC

Faculté de médecine, Université de Calgary, Calgary, Alberta, Canada

Soleil et exposition aux UV

La principale cause du vieillissement cutané et de la plupart des cancers de la peau est la lumière ultraviolette (UV) en provenance du soleil. Ses effets nuisibles sont cumulatifs et exigent une protection quotidienne tout au long de la vie. Aux États-Unis, la majorité des gens à l'âge de 18 ans auront reçu <25 % de la dose d'UV prévus pendant leur vie. À 60 ans, ils en auront absorbés 80 %¹. Le dommage biologique aigu prédominant, ainsi que les risques de dommages chroniques comme l'élastose et le carcinome spinocellulaire, sont associés à la portion UVB du spectre solaire au-dessus des UVA dans un rapport de 4 : 1².

L'exposition chronique aux UVA peut se produire selon plusieurs scénarios :

- Les lits de bronzage (certains favorisent la radiation UVA seulement)
- L'exposition au soleil avec un écran solaire qui n'absorbe que les UVB
- L'exposition aux UVA à travers les fenêtres (seuls les rayons UVB sont bloqués).

Dans ces circonstances, les gens peuvent ignorer qu'ils ne sont pas protégés des effets nuisibles des UVA.

Protection solaire

Un sondage en 2003 par l'American Academy of Dermatology a rapporté que 47 % des femmes et 33 % des hommes utilisaient régulièrement un écran solaire³. L'opinion générale parmi les experts est qu'une photoprotection quotidienne, tout au long de l'année, à spectre large avec un facteur de protection solaire (FPS) d'au moins 15 est un élément clé pour une stratégie de sécurité solaire dans le but de réduire l'exposition cumulative d'une vie à la lumière UV.

Facteur de protection solaire

- Le chiffre FPS indique combien de temps supplémentaire une personne avec une protection peut rester au soleil sans brûler comparativement à une exposition sans protection.
- Un FPS de 15 signifie que théoriquement une personne peut rester dehors et ne pas brûler 15 fois plus longtemps que sans protection. Cependant, cela ne devrait pas être utilisé pour encourager une exposition prolongée au soleil.
- Le taux de filtration UV n'est pas proportionnel au FPS. La quantité de transmission des UV est de 1 / FPS; ainsi avec un FPS de 2, 50 % de la lumière UVB est transmise. Un FPS de 30 va bloquer 97 % de la lumière UV (1 / 30 est transmise).
- Le FPS n'est en rapport qu'avec la protection UVB. Cependant, les écrans solaires avec un FPS plus élevé ont tendance à fournir une plus grande protection UVA.
 - Tandis que les rayons UVA ne produisent pas de coup de soleil, ils pénètrent plus profondément dans la peau et causent le photovieillissement, une immunosuppression cutanée et certains cancers cutanés.
- Il n'existe pas d'évaluation universellement acceptée pour déterminer jusqu'à quel point un écran solaire est capable de bloquer les rayons UVA quoique plusieurs mesures aient été proposées⁴.

Écrans solaires

Ils sont divisés en deux grandes catégories :

1. Les agents inorganiques ou physiques
 - ils réfléchissent et dispersent les UV et la lumière visible
 - ils sont considérés comme non toxiques et stables et ils ne pénètrent pas au-dessous de la couche cornée
 - ils sont esthétiquement moins acceptables.
2. Les agents organiques ou chimiques
 - ils agissent par l'excitation et l'échouement des électrons changeant ainsi l'énergie lumineuse en énergie calorifique
 - ils sont divisés en absorbants UVA, UVB et à spectre large.

L'écran solaire idéal devrait :

- offrir une efficacité supérieure avec une protection à spectre large, une photostabilité et une haute substantivité;
- être agréable au toucher, avoir une bonne odeur, s'appliquer facilement, couvrir la surface cutanée uniformément;
- ne pas causer d'irritation ou d'eczéma de contact ou allergique;
- se vendre à un coût raisonnable⁵.

Nouvelle génération d'écrans solaires

- Les plus nouveaux écrans solaires combinent des ingrédients qui vont protéger la peau à la fois contre les rayons UVA et UVB et ils sont disponibles en crèmes, gels, lotions, vaporisateurs et bâtons.
- Les nouvelles générations d'écrans solaires sont plus agréables esthétiquement.
- Le besoin de filtres photostables à spectre large a mené également au développement de nouveaux agents dont l'écamsule et le drometrizole trisiloxane qui protègent la peau à la fois contre les rayons UVA et UVB.
- La dégradation de certains filtres UVA par le soleil exige une stabilisation chimique afin de contrer le manque d'efficacité.
- Une formule de pointe qui incorpore un filtre photolabile, l'avobenzone, fournit une protection contre toute la gamme des UVA, et elle est combinée avec du diethylhexyl 2,6-naphtalate (DEHN) et de l'oxybenzone pour obtenir un produit photostable. Le DEHN est un filtre non UV qui stabilise l'avobenzone en acceptant l'énergie absorbée par l'avobenzène au cours de l'exposition aux UVA tandis que l'oxybenzone améliore à la fois la photostabilité et fournit une protection UVA supplémentaire.
- Cette technologie produit une protection que l'on a rapportée être comparable au drometrizole trisiloxane qui fournit une protection UVA efficace et la photostabilité⁶.

Application de l'écran solaire

- Les experts recommandent que l'écran solaire soit appliqué 15-30 minutes avant de sortir à l'extérieur et de répéter l'application toutes les deux heures et après la baignade ou un gros effort.
- La quantité recommandée est de 2 mg par cm² de peau ou 30 ml (2 cuillères à soupe) pour tout le corps. Cependant, la quantité généralement utilisée est beaucoup moindre.
- Le facteur de loin le plus important qui influence l'efficacité est l'application d'une quantité adéquate d'écran solaire.

Écrans solaires et cancer

- Les écrans solaires, à des niveaux FPS suffisants, protègent efficacement contre les kératoses actiniques et les carcinomes spinocellulaires⁷.
- Il n'a pas été démontré qu'ils réduisaient l'incidence d'un premier carcinome basocellulaire, mais il est possible qu'ils prolongent le temps du développement de la seconde lésion.
- Denis et al. ont investigué l'usage des écrans solaires et le risque de mélanomes et ils n'ont relevé aucune association entre ces deux facteurs⁸.

La controverse de la vitamine D

- Le spectre d'action des UV causant des mutations à l'ADN menant au cancer de la peau et celui causant la photosynthèse de la vitamine D sont virtuellement identiques⁹.
- Nash et al. ont analysé les risques et les avantages des écrans solaires sur la vitamine D en estimant sa production basée sur des mesures d'exposition au soleil et en déterminant l'impact d'un écran solaire FPS 15 sur les taux de vitamine D chez les humains. L'étude a démontré que la combinaison alimentation et soleil, même avec l'usage d'un écran solaire FPS 15, permettait un apport adéquat en vitamine D¹⁰.

Autres solutions de bronzage

- Éviter les lits de bronzage. Tout comme le soleil, les radiations UV des lits de bronzage peuvent causer le cancer de la peau et le photovieillissement.
- Les autobronzants en lotion ou en aérosol sont une alternative sans risque au bronzage.
 - Une réaction chimique avec l'ingrédient principal, la dihydroxyacétone hygroscopique, une poudre blanche cristalline, produit la couleur sur la surface de la peau.
 - Ils n'offrent pas une grande protection contre le soleil. La plupart ont un FPS de 3 ou 4¹¹.
 - Il faudrait utiliser un écran solaire avec un FPS d'au moins 15 en association avec les autobronzants.

Conclusion

La nouvelle génération d'écrans solaires joue un rôle important dans la protection solaire globalement. Cependant, il faudrait utiliser ceux-ci conjointement avec d'autres mesures de protection solaire comme des vêtements, des chapeaux et des lunettes solaires.

Références

1. Godar D. E., et al., *Photochem Photobiol* 77(4) : 453-7 (avril 2003).
2. Cole C., *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 17(1) : 2-10, (février 2001).
3. American Academy of Dermatology. *2005 Skin Cancer Survey Fact Sheet*. URL: www.aad.org.
4. Chen T., et al., Comprehensive evaluation of sunscreen protection beyond SPF and PF values. Présenté à la : 66th Annual Meeting of the American Academy of Dermatology, février 2008, San Antonio, TX. P2404.
5. Palm M.D., et al., *Derm Ther* 20(5) : 360-76 (septembre-octobre 2007).
6. Rigel D., et al., Photostability of UVA/UVB sunscreens under extreme tropical sun exposure. Présenté à la : 64th Annual Meeting of the American Academy of Dermatology, mars 2006, San Francisco, CA. P2623.
7. Naylor M.F., et al., *Arch Dermatol* 131(2) : 170-5 (février 1995).
8. Dennis L. K., et al., *Ann Intern Med* 139(12) : 966-78 (16 décembre 2003).
9. Wolpowitz D., et al., *J Am Acad Dermatol* 54(2) : 301-17 (février 2006).
10. Nash J. F., et al., *J Am Acad Dermatol* 52(3) : 161 (mars 2005).
11. Drealos Z., *Am J Clin Dermatol* 3(5) : 317-8 (2002).

ABONNEZ-VOUS GRATUITEMENT !

Visitez le www.SkinTherapyLetter.ca et abonnez-vous dès aujourd'hui !

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	BotoxFacts.ca	ColdSores.ca	DermatologyCare.ca
EczemaGuide.ca	FungalGuide.ca	HerpesGuide.ca	Lice.ca
MildCleanser.ca	MohsSurgery.ca	PsoriasisGuide.ca	PsoriaticArthritisGuide.ca
RosaceaGuide.ca	SkinCancerGuide.ca	Sweating.ca	UnwantedFacialHair.ca

Sites pour les professionnels en médecine :

SkinPharmacies.ca	SkinTherapyLetter.ca	Dermatologists.ca
-------------------	----------------------	-------------------

Nous désirons vos commentaires ! Veuillez nous les faire parvenir ainsi que des 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 2008 :

Dermik, la division de dermatologie de sanofi-aventis Canada Inc.
BenzaClin[®], Benzamycin[®], Dermatop[®], Loprox[®], Noritate[®], Penlac[®], Topicort[®], et Vitamin A Acid

Graceway Pharmaceuticals LLC
Aldara[®], Atopiclair[®], Benzig[®], et MetroGel-Vaginal[®]

Procter & Gamble
Gillette[®], Head & Shoulders[®], Olay[®], Secret[®], et Tide[®]

Johnson & Johnson Inc.
Aveeno[®], Neutrogena[®], Retin-A Micro[®] tretinoïn gel (microsphere), 0.04%, Retin-A Micro[®] tretinoïn gel (microsphere), 0.1%, Retin-A[®], et Roc[®]

LEO Pharma Inc.
Dovobet[®], Dovonex[®], et Fucidin[®]

Skin Therapy Letter[®] - Édition médecine familiale (ISSN 1915-4550) © 2008 par SkinCareGuide.com Ltd. Skin Therapy Letter[®] - Édition médecine familiale est publiée tous les trimestres par SkinCareGuide.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.