

Skin Therapy Letter[©]

Volume 5 • Numéro 1 • Avril 2009

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 25 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 Lauren Yee, M.D.**CONSEILLÈRE EN MÉDECINE FAMILIALE**

Le Dr Lauren Yee est un médecin de famille passionnée par la dermatologie générale. Elle s'intéresse tout particulièrement à l'acné et la



dermatite atopique et mène, depuis 2000, de nombreuses études cliniques dermatologiques. Dr Yee est diplômée de l'Université de Toronto et poursuit, depuis 1990, une pratique médicale privée florissante à Windsor, Ontario.

Mise à jour des approches topiques de la gestion du psoriasis du cuir chevelu

G. E. Searles, M.D., FRCPC, FACP

Professeur associé de clinique (médecine), Département de dermatologie et des sciences cutanées, Université de l'Alberta, Edmonton, Alberta, Canada

Introduction

Les patients qui souffrent de psoriasis du cuir chevelu recherchent fréquemment les soins d'un médecin parce que les squames visibles qui tombent sur leurs vêtements sont la cause d'une gêne constante et d'un embarras social. Cependant, la présence des cheveux pose un défi quant à l'application d'une médication sur le cuir chevelu. De plus, les thérapies disponibles ne sont pas toujours faciles d'emploi et elles provoquent de l'irritation et des effets cosmétiques désagréables qui découragent l'adhésion du patient au traitement. De tels défis thérapeutiques empêchent souvent les patients de profiter pleinement des avantages des traitements qui leur sont prescrits. Cet article analyse quelques-uns des traitements actuels et nouveaux dans la gestion topique de ce problème cutané courant et offre des stratégies qui pourraient améliorer les résultats du traitement.

Diagnostique

- Le psoriasis peut se limiter au cuir chevelu, mais atteint souvent plus d'une zone du corps.
- Les sites courants pouvant être affectés simultanément comprennent les coudes, les genoux, les fesses, les doigts et les ongles.
- Entre 50 et 80 % de tous les patients ayant du psoriasis ont au cours de leur vie, une atteinte du cuir chevelu¹.
- Le cuir chevelu peut être le premier site à avoir du psoriasis; ces lésions sont généralement plus persistantes que celles qui apparaissent sur d'autres zones du corps.
- Le psoriasis se présente sous la forme de plaques bien délimitées caractérisées par des squames et de l'érythème. Les patients éprouvent divers degrés de démangeaisons et de desquamation.
 - Les plaques sont généralement localisées sur le cuir chevelu occipital, sur les oreilles et à la lisière frontale des cheveux.
- La dermatite séborrhéique peut imiter le psoriasis mais elle a tendance à être plus diffuse, moins squameuse et à présenter une texture plus cireuse. Elle peut aussi s'étendre vers le front et toucher les plis naso-labiaux et les sourcils.
 - Les squames du psoriasis sont généralement plus épaisses, d'apparence plus sèche, et peuvent révéler une peau crevassée qui saigne.
 - Le psoriasis du cuir chevelu peut coexister avec la dermatite séborrhéique et la persistance des levures dans les deux conditions peut signaler des étiologies similaires, bien qu'une culture de la peau soit rarement utile.
- La teigne et les infections fongiques touchent fréquemment la tige du cheveu et entraînent le bris des cheveux, la desquamation et l'enflure des ganglions lymphatiques dans la chaîne cervicale postérieure. Cela est plus fréquent chez les enfants.

Considérations thérapeutiques

- La présence des cheveux et l'accumulation des squames peuvent empêcher la pénétration des médicaments au niveau du cuir chevelu.
- Il peut être nécessaire initialement de mettre en place, puis de conserver, des stratégies qui visent à diminuer l'épaisseur des squames épaissies afin de permettre aux médicaments de pénétrer efficacement dans le cuir chevelu.
- Certains véhicules, tels que les onguents et les crèmes, peuvent être salissants lors de leur application et coller aux cheveux, ce qui leur donne une apparence grasse et force à des lavages plus fréquents. De plus, il est possible que des quantités insuffisantes du médicament atteignent le cuir chevelu, rendant le traitement inefficace.
- La mauvaise adhérence au traitement est souvent secondaire à l'acceptabilité cosmétique du produit, ce qui conduit à la perte de l'effet et au mécontentement du patient à l'égard du traitement.
- Une posologie simple et pratique peut améliorer l'adhérence au médicament.
- Une étude sur des patients ayant du psoriasis a démontré des taux considérablement plus élevés d'observance avec un schéma d'une seule application par jour (83 %) versus un schéma de deux applications par jour (44 %)².
- Le véhicule peut être aussi important que l'ingrédient actif pour obtenir efficacité, tolérance et observance.
- Les véhicules ont une influence considérable sur la pénétration et la puissance des ingrédients actifs. Les lotions, les gels et les mousses sont supérieurs aux crèmes et aux onguents.
- Les solutions à base d'alcool peuvent causer des picotements et de l'irritation.
- De nouvelles formulations sont en développement. (Par exemple : gel, mousse et lotions à dissociation rapide.)

Options de traitements topiques pour le psoriasis du cuir chevelu

Comparés à la photothérapie et aux shampoings médicamenteux, les agents topiques sont plus fréquemment prescrits pour le psoriasis du cuir chevelu. Bien qu'il existe une vaste gamme de thérapies topiques, il y a des facteurs qui limitent les options de traitements. Ce sont : l'irritation, la commodité, la facilité d'application, l'acceptabilité cosmétique, l'efficacité à diminuer les démangeaisons et les squames; l'innocuité et le maintien de l'efficacité thérapeutique sont importants. Une approche thérapeutique qui s'attaque à ces variables améliorera les résultats du traitement.

Les goudrons

- Les composés goudronnés ralentissent la prolifération des cellules cutanées et diminuent l'inflammation, les démangeaisons et la desquamation.
- À la suite du traitement, l'agent devrait être enlevé en utilisant un shampoing doux, non médicamenteux.
- Leur utilisation est limitée à cause de l'irritation, parce qu'ils tachent et qu'ils ont une mauvaise odeur.
- Ils peuvent causer une folliculite.
- Ils sont potentiellement carcinogènes.

Les corticostéroïdes

- Les corticostéroïdes puissants et ultra puissants (par exemple : le dipropionate de bétaméthasone, le propionate de clobétasol) sont grandement utilisés pour leurs propriétés anti-inflammatoires, immunosuppressives et antiprolifératives.
- Ils sont généralement disponibles sous forme de solutions, lotions, gels et shampoings et dans différentes catégories de puissance.
- Les corticostéroïdes peuvent être combinés avec des agents kératolytiques comme l'acide salicylique.
- Un usage prolongé peut entraîner une tachyphylaxie.

Les analogues de la vitamine D3 (calcipotriol / calcipotriène)

- Le calcipotriol favorise une kératinisation normale, inhibe l'inflammation et il normalise la prolifération et la différenciation épidermique.
- Ils sont disponibles sous forme de solution ou de gel.
- Leur efficacité ne diminue pas à la suite d'un usage prolongé.
- Ils aident à diminuer la desquamation, mais dans le contrôle de l'érythème et des démangeaisons, leur utilité est limitée.

- Pour éviter leurs effets potentiels sur le métabolisme du calcium, il faut limiter leur emploi à 15 g par jour ou 100 g par semaine³.
- Étant donné la dégradation des corticostéroïdes par les analogues de la vitamine D3, leur application simultanée n'est pas recommandée.

L'association de calcipotriol avec un corticostéroïde

- Des préparations commerciales stables de calcipotriol + dipropionate de bétaméthasone ont le double avantage de contrôler les symptômes du psoriasis du cuir chevelu avec un faible risque d'atrophie cutanée et sans tachyphylaxie¹,⁴.
- Des études contrôlées, à double insu, randomisées, ont démontré que les deux agents en association agissent rapidement et sont plus efficaces qu'une monothérapie avec l'un ou l'autre de ces agents⁵,⁶.
- Une formulation mixte dans un nouveau véhicule en gel a reçu l'approbation de Santé Canada en novembre 2008 pour le traitement du psoriasis du cuir chevelu.
- L'association de dipropionate de bétaméthasone 0,5 mg/g + calcipotriol 50µg/g dans une nouvelle formulation en gel a résulté en une amélioration thérapeutique marquée chez 92 % des patients souffrant de psoriasis du cuir chevelu à la suite d'une seule application par jour pendant jusqu'à 8 semaines⁷.
- Le véhicule en gel améliore l'acceptabilité cosmétique, minimise l'irritation, facilite son emploi, est sans odeur et permet une seule application par jour.
- Ces études ont été conduites sans utilisation préalable d'agents kératolytiques ou autre produit concomitant⁴,⁵,⁶,⁷.
- Les effets seront optimaux si l'agent reste sur le cuir chevelu toute la nuit ou toute la journée.
- Après le traitement de nuit ou de jour, l'agent doit être enlevé à l'aide d'un shampoing non médicamenteux et doux. Appliquer le shampoing sur les cheveux secs, bien le faire pénétrer dans les cheveux (dans la région traitée) afin d'émulsifier le gel médicamenteux, puis mouiller les cheveux, les faire mousser et les rincer.
- Des résultats publiés récemment soutiennent l'innocuité, la tolérance et l'efficacité de ce nouvel agent quand il est employé une fois par jour, au besoin, pendant jusqu'à 52 semaines⁴.

Options de traitements topiques pour le psoriasis du cuir chevelu (suite)

- Dans ces études, l'incidence d'effets indésirables était similaire pour tous les groupes de traitements, et similaire au placebo; l'effet défavorable le plus courant étant le prurit³.
- Pour éviter les effets sur le métabolisme du calcium, ne pas utiliser plus de 15 g par jour ou 100 g par semaine³.
- L'innocuité au cours de l'usage chez la femme enceinte et qui allaite ainsi que chez les patients de 18 ans ou moins, n'a pas été établie. Ces préparations ne sont pas recommandées pour ces groupes de patients.

Recommandations pour les patients qui font du psoriasis du cuir chevelu

- Les patients considèrent que le psoriasis du cuir chevelu consiste en l'aspect le plus difficile de leur maladie, celui-ci pouvant conduire à la perte d'une bonne estime de soi, à la condamnation sociale et même à la dépression.
- Une étude a démontré qu'un patient sur trois ressentait de l'embarras par rapport à son psoriasis du cuir chevelu et un sur cinq éprouvait des symptômes dépressifs⁸.
- Au cours des évaluations cliniques de routine, il faut chercher à évaluer les aspects psychosociaux et de qualité de vie.
- Gratter et arracher les squames peut aggraver les lésions et favoriser l'extension du psoriasis (phénomène de Koebner).
- Au cours des visites cliniques, il faut renforcer les stratégies de gestion (par exemple : utilisation optimale de la bonne médication, les effets secondaires, les mesures antiprurigineuses, les nettoyages et les techniques pour se coiffer).
- Les praticiens devraient expliquer aux patients que les principaux buts du traitement sont le soulagement des démangeaisons et la diminution des squames. Les antihistaminiques ne sont pas efficaces pour le contrôle des démangeaisons.
- Le port de vêtements clairs peut réduire au minimum la visibilité des squames.
- Les patients devraient être encouragés à utiliser un shampoing doux pour ramollir et déloger les squames.
- S'il faut détacher les squames, les shampoings en vente libre à base d'acide salicylique ou de goudron sont recommandés.
- Avertir les patients que les shampoings à base de goudron peuvent tacher les cheveux teints pâles.
- Suggérer au patient de participer dans des organisations nationales ou dans des réseaux sociaux sur le Web. Les communautés virtuelles sur le psoriasis peuvent fournir de l'information éducative, et offrir un soutien psychologique et social.

Conseils pour améliorer l'observance au traitement

- Jusqu'à 40 % des patients qui font du psoriasis ne se soumettent pas à leur traitement⁹. L'observance au traitement est réduite à cause de la peur des effets secondaires, parce que les traitements prescrits sont compliqués à suivre et parce que le patient est mécontent de la consultation.
- Consacrez du temps à l'éducation du patient. Les patients qui ont une information juste sur leur psoriasis et sur les traitements choisis comprennent mieux les objectifs thérapeutiques et les impacts négatifs de la non observance.
- Les stratégies cliniques qui peuvent favoriser l'observance au traitement incluent une approche personnalisée, la participation du patient dans la prise des décisions thérapeutiques, le choix d'agents topiques à action rapide, la sélection de traitements qui sont faciles à suivre, comme un dosage simple et pratique et une surveillance régulière des progrès pendant le déroulement de la thérapie.

Conclusion

Étant donné le risque de morbidité accrue, la diminution de la qualité de vie et un fardeau financier important, il est essentiel que les médecins établissent un rapport continu avec les patients qui font du psoriasis afin de réussir à gérer avec succès à la fois les aspects physiques et émotionnels de cette maladie chronique. Des efforts soutenus en vue de répondre aux besoins thérapeutiques non atteints ont conduit au développement de nouvelles thérapies antipsoriatiques topiques qui ont moins d'effets indésirables et qui sont efficaces. Les nouveaux agents combinés en ciblant de multiples facteurs pathogéniques se montrent très efficaces. L'investigation de nouvelles associations de traitements et de nouveaux composés pour le psoriasis du cuir chevelu se poursuit dans le but d'apporter des améliorations au niveau de l'efficacité et ainsi assurer une meilleure observance de la part du patient et de meilleurs résultats thérapeutiques.

Références

1. Papp K., et al., *J Eur Acad Dermatol Venereol* 21(9) : 1151-60 (octobre 2007).
2. Zaghloul S.S., et al., *Arch Dermatol* 140(4) : 408-14 (avril 2004).
3. Xamiol® [calcipotriol and betamethasone dipropionate] monographie de produit. Thornhill, ON : Leo Pharma Inc. (novembre 2008).
4. Luger T.A., et al., *Dermatology* 217(4) : 321-8 (2008).
5. Jemec G.B., et al., *J Am Acad Dermatol* 59(3) : 455-63 (septembre 2008).
6. van de Kerkhof P.C., et al., *Br J Dermatol* 160(1) : 170-6 (janvier 2009).
7. Buckley C., et al., *Dermatology* 217(2) : 107-13 (2008).
8. Chen S.C., et al., *Arch Dermatol* 138(6) : 803-7 (juin 2002).
9. Richards H.L., et al., *J Eur Acad Dermatol Venereol* 20(4) : 370-9 (avril 2006).

Gestion non pharmacologique de la dermatite atopique

M. Weinstein, M.D., FRCPC (Pédiatrie), FRCPC (Dermatologie)
Professeur adjoint de pédiatrie et de médecine, Université de Toronto, Toronto, Ontario, Canada
Dermatologue du personnel soignant, Division de médecine pédiatrique, Département de pédiatrie, Hospital for Sick Children, Toronto, Ontario, Canada

Mise en contexte

La dermatite atopique (eczéma atopique) est une maladie de la peau chronique et récurrente, qui peut conduire à la xérose, au prurit, à des placards de dermatite, et affecter profondément la qualité de la vie du patient. Elle est particulièrement courante au cours de l'enfance, mais de nombreux patients parvenus à l'âge adulte ne semblent plus en souffrir. L'étiologie de la dermatite atopique est complexe et encore mal comprise, mais parmi les facteurs favorisants, on compte une barrière cutanée défectueuse qui laisse échapper l'humidité et pénétrer les agents irritants ainsi que les médiateurs de l'inflammation. On s'intéresse de plus en plus à sonder la viabilité et l'efficacité des alternatives non médicamenteuses comme ajouts aux approches pharmacologiques conventionnelles. Nous étudierons également les modifications à apporter au niveau des habitudes de vie pouvant aider au contrôle de la dermatite atopique.

Caractéristiques diagnostiques

- Dermatite chronique ou récurrente
- Morphologie et distribution typiques (par exemple : érythème aux plis de flexion, excoriations, lichénification, xérose)
 - Chez les bébés et les enfants, le visage, le tronc et les membres sont touchés; chez les adultes, il y a dermatite dans les plis de flexion et lichénification des lésions
- Survenue précoce. La dermatite atopique affecte jusqu'à 20 % des enfants¹
- Fortes démangeaisons qui nuisent au sommeil ou troublent la concentration
 - Une surinfection suite aux lésions de grattage est fréquente
- Histoire personnelle ou familiale d'hypersensibilité allergique (par exemple : asthme, rhinite allergique, eczéma)
- Hyperréactivité aux facteurs déclenchants environnementaux

Imperfections de la barrière cutanée

De plus en plus de données soutiennent la théorie déjà ancienne de la cause génétique de la dermatite atopique : un défaut génétique dans l'épiderme permettrait aux facteurs irritants environnementaux, aux microbes et aux allergènes d'y pénétrer et d'y déclencher des réponses inflammatoires².

- Le gène de la filaggrine participe à la formation et à la qualité fonctionnelle de la peau.
- Des mutations du gène de la filaggrine sont liées à des imperfections de la barrière cutanée qui favorisent la dermatite atopique.
- Des imperfections dans le développement de la barrière cutanée empêchent la formation de concentrations adéquates de peptides antimicrobiens dans l'épiderme. Aussi, les lésions affectées sont souvent touchées par des infections bactériennes et virales.

Options de traitements

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Évitement des facteurs déclenchants • Émoullients / crèmes hydratantes <ul style="list-style-type: none"> • Traitement d'appoint conventionnel pour la prévention et l'entretien • Corticostéroïdes topiques <ul style="list-style-type: none"> • La pierre angulaire de la thérapie de la dermatite atopique • Potentialité de tachyphylaxie, atrophie cutanée et effets secondaires systémiques, particulièrement lors d'un usage prolongé • Inhibiteurs de la calcineurine topiques <ul style="list-style-type: none"> • Efficaces quand les thérapies conventionnelles n'agissent pas ou ne conviennent pas • En 2006, la FDA a émis des mises en garde contre les inhibiteurs de la calcineurine topiques craignant leur effet immunosuppresseur et le risque potentiel de tumeurs malignes à la suite d'un usage prolongé ou ininterrompu. | <ul style="list-style-type: none"> • Antimicrobiens en cas d'infection <ul style="list-style-type: none"> • Des antibiotiques topiques ou oraux peuvent être prescrits pour traiter les lésions infectées • Un usage excessif et un traitement prolongé augmentent le risque de développer une résistance aux antibiotiques • Antiviraux oraux dans les cas d'eczéma herpétiforme (un eczéma infecté par l'herpès virus) • Antihistaminiques oraux en cas de prurit <ul style="list-style-type: none"> • Souvent utilisés dans le prurit réfractaire, mais il existe peu d'évidence pour soutenir leur effet antiprurigineux • Corticostéroïdes systémiques, immunosuppresseurs systémiques et photothérapie <ul style="list-style-type: none"> • Réservés pour les cas de maladie grave |
|---|---|

Hydratation / bain

Les crèmes hydratantes

- Pour gérer la dermatite atopique, il est essentiel de s'hydrater chaque jour, que ce soit entre ou pendant les poussées aiguës.
- Une étude contrôlée randomisée a démontré que les crèmes hydratantes peuvent améliorer la fonction barrière de la peau. Par contre, l'efficacité est déterminée par la composition chimique de ces produits³.
- Les composants essentiels de base des crèmes hydratantes incluent les émoullissants et les humectants.
 - Les émoullissants fournissent un film protecteur en comblant les espaces entre les cellules et en restituant les lipides perdus afin de prévenir la perte en eau transépidermique.
 - Les émoullissants les plus courants sont les huiles animales, le stéarate de butyle, le beurre de cacao, la lanoline, les lipides, l'huile minérale, la vaseline et le beurre de karité.
 - La vaseline est l'émoullissant par excellence; ses propriétés non sensibilisantes et hautement occlusives sont efficaces contre la perte en eau transépidermique.
 - Les céramides sont des molécules lipidiques qui sont d'importants composants dans la structure de la peau; ils améliorent la barrière cutanée en limitant la perte en eau transépidermique et en empêchant l'entrée des agents irritants.
 - Les patients qui font de la dermatite atopique ont considérablement moins de céramides dans la couche cornée de l'épiderme.
 - Les lipides peuvent être remplacés topiquement grâce à un émoullissant très riche en céramides.
 - Une nouvelle gamme d'émoullissants cherche à remplacer certaines molécules qui sont déficientes, chez les patients avec dermatite atopique. Ces crèmes hydratantes non stéroïdiennes sont très chères, mais les résultats des recherches démontrent leur efficacité et leur innocuité dans la dermatite légère à modérée⁴.
 - Les humectants aident à absorber et à conserver l'humidité, et ils adoucissent les peaux épaissies.

- Les humectants les plus courants sont la glycérine, l'acide hyaluronique, l'acide lactique, le propylène glycol, le panthénol, les silicones et l'urée.
- La glycérine est l'humectant le plus largement employé car il a une très forte capacité d'attirer l'humidité vers la peau.
- Le panthénol (vitamine B5) agit comme un humectant, un émoullissant et un agent hydratant. Les études qui ont examiné l'usage du panthénol comme adjuvant ont révélé une meilleure hydratation et moins de sécheresse, de démangeaisons et d'inflammation⁵.

Le choix d'une crème hydratante

- En général plus elle est grasse, meilleure elle est. Les onguents doux comme la vaseline sont non irritants et fournissent une excellente barrière mais les patients peuvent les trouver trop épais.
- Les crèmes et les lotions moins grasses peuvent être plus irritantes.
- Certains acides (par exemple : l'acide salicylique et l'acide lactique) et certains humectants (par exemple : l'urée) peuvent être mal tolérés par une peau eczémateuse. Éviter leur emploi chez les nourrissons et les petits enfants à cause du risque d'absorption systémique.

Le bain

- Pour aider à piéger l'humidité dans la peau, il faut d'abord se baigner puis appliquer une crème hydratante alors que la peau est encore humide. Les traitements médicamenteux devraient être appliqués sur les endroits touchés par la dermatite et les crèmes hydratantes sur les endroits sains.
- Il n'est pas toujours pratique de prendre un bain plus d'une fois par jour. Mais pendant les poussées aiguës, il peut être utile de prendre plusieurs bains courts suivis par une application de jour d'une crème hydratante.
- Les bains (ou les douches) devraient être pris à l'eau chaude mais pas brûlante et ils devraient être de durée limitée.

Des progrès dans l'usage d'anti-inflammatoires naturels

Les patients, de plus en plus, préfèrent compléter les traitements médicaux avec des produits de soins de la peau en vente libre qui incorporent des ingrédients naturels. Les extraits de plantes constituent la plus grande catégorie d'additifs qui se retrouvent dans les crèmes hydratantes. À la suite d'évaluations scientifiques qui soutiennent leurs bienfaits thérapeutiques pour le soulagement des symptômes associés à la dermatite atopique et d'autres maladies cutanées inflammatoires, quelques composés en particulier se sont imposés⁶.

L'aloès

- Parmi ses utilisations, il y a son usage en tant qu'agent anti-inflammatoire, analgésique, antiprurigineux, anti-oxydant et cicatrisant.

La camomille (Matricaria recutita)

- Son usage topique soulage l'irritation cutanée. Les composés actifs (α -bisabolol, bisabolol oxide A et B et matricine) inhibent les enzymes qui assurent la médiation de l'inflammation et entravent la libération de l'histamine.
- Son effet anti-inflammatoire est environ 60 % de celui produit par l'hydrocortisone à 0,25 %⁷.

L'avoine colloïdale

- Il a de multiples composants actifs dont des enzymes, des flavonoïdes, lipides, protéines, polyphénols (avenanthramides), polysaccharides et vitamines.
- Les avenanthramides sont de puissants produits phytochimiques qui entravent la libération de cytokines pro-inflammatoires, réduisant l'hypersensibilité de contact et l'inflammation⁸.
- Il a aussi des effets anti-oxydants, anti-irritants, antihistaminiques et immunomodulateurs.
- L'avoine colloïdale est un des rares ingrédients naturels approuvés comme protecteur de la peau par la Food and Drug Association aux États-Unis.

Le feverfew ou grande camomille (Tanacetum parthenium)

- Son spectre large d'applications cliniques est imputable à ses puissantes propriétés anti-inflammatoires, anti-oxydantes et anti-irritantes.
- Les parthénolides présents dans le feverfew peuvent causer des sensibilités cutanées. La production d'un extrait purifié sans parthénolides a démontré une forte activité anti-inflammatoire par le truchement de l'inhibition de la libération des cytokines pro-inflammatoires⁹.

Des progrès dans l'usage d'anti-inflammatoires naturels (suite)

- Les extraits de réglisse* (*Glycyrrhiza glabra*, *Glycyrrhiza inflata*)
- *Glycyrrhiza glabra* (qui contient de la glabridine) réduit l'inflammation et la synthèse de la mélanine.
 - *Glycyrrhiza inflata* (qui contient de la licochalcone A) diminue l'irritation et l'inflammation.

- L'application deux fois par jour pendant 8 semaines d'une lotion contenant de la licochalcone A par des patients ayant des rougeurs au visage légères à modérées a produit une amélioration importante de l'érythème¹⁰.

L'évitement des facteurs déclenchants

Éviter les facteurs déclenchants est un élément essentiel de la stratégie dans la gestion de la dermatite atopique. Chaque patient avec son médecin a besoin d'identifier et d'éliminer les facteurs déclenchants pertinents.

Les aliments

- Bien que les patients atteints de dermatite atopique soient plus enclins à souffrir d'allergies alimentaires (hypersensibilité de type I), il n'est pas évident si certains aliments peuvent effectivement causer une poussée qui ressemble plus à une réaction d'hypersensibilité de type IV.
- S'il semble y avoir un facteur déclenchant alimentaire, les parents ou les patients devraient tenir un journal alimentaire pour vérifier la relation entre les aliments consommés et les poussées. Les régimes d'exclusion de certains aliments devraient être supervisés par un médecin.
- Si en réponse à un aliment spécifique, des symptômes allergiques de type I surviennent, il faut éviter cet aliment jusqu'à ce que des tests soient faits. Si l'on n'est pas sûr d'un aliment, il peut être utile de consulter un allergologue.

Les pneumallergènes

- Certains pneumallergènes (par exemple : poussière d'acariens ou allergènes saisonniers) peuvent déclencher des poussées de dermatite atopique^{11,12}.
- Pour les patients réfractaires, il peut être utile de faire un bilan allergologique. Si les résultats sont positifs, il faut mettre en place les stratégies de la prévention de la poussière d'acariens (par exemple : le lavage fréquent des housses de matelas et l'évitement des animaux en peluche, des oreillers de plumes, des couettes et des tapis).

L'humidité / la transpiration

- La sueur peut aggraver les démangeaisons et les conditions humides qui augmentent la sudation peuvent provoquer des poussées. Il peut être utile de se refroidir fréquemment, de changer de vêtements et de modifier ses activités lorsqu'il fait humide.
- La chaleur et la sueur peuvent activer le grattage nocturne. Conseiller alors un pyjama léger et une seule couverture. La chambre à coucher devrait être gardée fraîche, mais pas froide.

Le manque d'humidité / temps sec

- Parce qu'en hiver le temps est sec, la plupart des patients ont des poussées plus graves. Il est très important de s'hydrater plusieurs fois par jour. Il peut être utile d'installer dans la chambre à coucher un humidificateur.

L'infection

- Les patients qui font de la dermatite atopique sont souvent colonisés par le *Staphylococcus aureus* (*S.aureus*) et ils ont des problèmes avec les mécanismes naturels qui inhibent le staphylocoque doré¹³. Cela se manifeste par une aggravation de la dermatite atopique qui ne répond pas à la thérapie. Les régions infectées présentent des lésions humides, suintantes et croûtées qui nécessitent des antibiotiques topiques ou oraux.
- Le staphylocoque doré peut provoquer des poussées de dermatite atopique par l'intermédiaire des mécanismes superantigéniques, même en l'absence d'une infection clinique¹⁴. Ainsi, les patients qui expérimentent de fréquentes poussées aiguës peuvent avoir besoin de stratégies pour réduire la colonisation par le *S.aureus* et l'inflammation.

Les agents irritants environnementaux

- Les patients qui font de la dermatite atopique sont particulièrement sensibles à l'herbe sèche, aux parfums dans les produits de soins de la peau et à certaines étoffes (lainages et tissus synthétiques).
- Il est recommandé de porter des vêtements en coton. Une certaine évidence suggère que de la soie spécialement traitée ou des tissus recouverts d'argent peuvent être bénéfiques^{15,16}.

Le chlore

- La natation peut être un bon sport pour les patients souffrant de dermatite atopique car la sueur ne pose pas un problème. Cependant pour éviter l'irritation, ils devraient se rincer soigneusement après la baignade et appliquer une crème hydratante.
- On manque de données pour confirmer si l'eau salée ou les piscines chlorurées sont préférables pour les patients qui font de la dermatite atopique.

Les routines quotidiennes

L'école

- Les enfants qui souffrent d'un eczéma grave peuvent développer des comportements pour éviter l'école. La fatigue et le manque de sommeil causés par le prurit nocturne, l'anxiété que leur causent les taquineries de la part des autres enfants contribuent à ces comportements. Il faut rapidement s'occuper de ces questions et rétablir une routine scolaire normale.

L'écran solaire

- De nombreux produits de protection solaire contiennent des ingrédients irritants. Si les écrans solaires habituels ne conviennent pas, il faut suggérer des formulations pour peau sensible ou de complets écrans physiques tels l'oxyde de titane ou l'oxyde de zinc.
- Une stratégie de protection solaire est indiquée : usage régulier d'un écran solaire, évitement de l'exposition solaire en milieu de journée, le port d'un chapeau et de vêtements protecteurs.

Les routines quotidiennes (suite)

Le sommeil

- Les troubles du sommeil qui surviennent avec le prurit constituent un problème grave pour de nombreux patients et leur famille, particulièrement si les parents partagent le lit avec l'enfant affligé de dermatite atopique¹⁷. Les parents aident l'enfant à se gratter ou lui tiennent la main pour l'empêcher de se gratter. Ces deux pratiques devraient être déconseillées. Il faudrait penser plutôt à augmenter la thérapie antiprurigineuse et l'usage d'émollients.
- Le manque de sommeil favorise le manque de concentration, l'irritabilité et la fatigue.

Conseils supplémentaires

- Les ongles doivent être coupés court pour minimiser les dommages lors du grattage.
- Conserver les crèmes hydratantes dans le réfrigérateur. La sensation de froid est calmante pour la peau qui pique.
- Pour la thérapie médicale topique, les onguents sont généralement mieux tolérés que les crèmes et les lotions.
- Le médecin doit demander aux familles si le sommeil est satisfaisant ou s'il est perturbé. Cette information n'est généralement pas fournie spontanément au médecin.
- Il faut diriger les patients vers de bonnes sources d'information (par exemple : <http://www.eczemahelp.ca>).

Conclusion

Une gestion réussie de la dermatite atopique demande une approche sage par étapes qui prend en considération les multiples facteurs dont la gravité de la maladie, les effets secondaires de la thérapie, les préférences du patient, l'intensité des démangeaisons et la qualité du sommeil. Il ne faut pas non plus ignorer les impacts psychologiques de la dermatite atopique. Le strict usage des crèmes hydratantes peut améliorer la barrière cutanée et réduire considérablement la xérose et les démangeaisons et ainsi, il peut constituer un soin d'appoint utile au cours de la thérapie d'entretien et lors des poussées aiguës. Le nouveau domaine de la recherche dirigé vers la barrière épidermique et ses importants facteurs immuns permet d'espérer que des approches thérapeutiques innovatrices conduiront à moins d'infections et une meilleure gestion des patients souffrant de dermatite atopique.

Références

1. Williams H., et al., *J Allergy Clin Immunol* 103 : 125-38 (janvier 1999).
2. Hanifin J.M., *J Invest Dermatol* 129(2) : 320-2 (février 2009).
3. Buraczewska I., et al., *Br J Dermatol* 156 (3) : 492-8 (mars 2007).
4. Boguniewicz M., et al., *J Pediatr* 152 : 854-9 (juin 2008).
5. Eichenfield L.F., et al., *Cutis* 80 (6Suppl) : 2-16 (décembre 2007).
6. Wu J., *J Drugs Dermatol* 7(7Suppl) : s13-6 (juillet 2008).
7. Albring M., et al., *Method Find Exp Clin Pharmacol* 5(8) : 575-7 (octobre 1983).
8. Sur R., et al., *Arch Dermatol Res* 300(10) : 569-74 (novembre 2008).
9. Martin K., et al., Parthenolide-free feverfew: an extract with effective anti-irritant activity in vitro. Présenté à la 63e réunion annuelle de l'American Academy of Dermatology, New Orleans, LA; février 18-22, 2005. Affiche #P1039.
10. Weber T.M., et al., *J Cosmet Dermatol* 5(3) : 227-32 (septembre 2006).
11. Boralevi F., et al., *Allergy* 63(2) : 205-10 (février 2008).
12. Ponyai G., et al., *J Eur Acad Dermatol Venereol* 22(11) : 1346-55 (novembre 2008).
13. Kisich K.O., et al., *J Allergy Clin Immunol* 122(1) : 62-8 (juillet 2008).
14. Schlievert P.M., et al., *Clin Infect Dis* 46(10) : 1562-7 (15 mai 2008).
15. Koller D.Y., et al., *Pediatr Allergy Immunol* 18(4) : 335-8 (juin 2007).
16. Gauger A., et al., *J Eur Acad Dermatol Venereol* 20(5) : 534-41 (mai 2006).
17. Chamlin S.L., et al., *Arch Pediatr Adolesc Med* 159(8) : 745-50 (août 2005).

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 2009 :

*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[®]*

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

LEO Pharma Inc.

Dovobet[®], Dovonex[®], Fucidin[®], et Xamiol[®]

Procter & Gamble

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

Stiefel Laboratories

*BenOxy^l[®], CLINDETS[®], CLINDOXYL[®], DUOFILM[®],
IMPRUV[®] Cream, NERISONE[®], PanOxy^l[®], POLYTAR[®], PREVEX[®],
SOLUGEL[®], STIEPROX[®], TERSASEPTIC[®], et UREMOL[®]*

Skin Therapy Letter[®] - Édition médecine familiale (ISSN 1915-4550) © 2009 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 fabriquant.