

# Progès récents relatifs à la dermatite atopique, au psoriasis et à la couperose

Vol. 1. Numéro 1. Juillet 2004

**GROS PLAN** sur la **DERMATOLOGIE**

Commentaires cliniques fournis par :

D<sup>r</sup> Stuart Maddin

D<sup>r</sup> Jerry Tan

D<sup>r</sup> Richard Thomas



ScientificInsights Report



## Introduction du Dr Charles Lynde - Past président de l'ADC

Il est difficile pour les médecins d'aujourd'hui de suivre tous les progrès relatés dans les publications récentes. Gros plan sur la dermatologie présente un bref aperçu des dernières études cliniques et des observations cliniques pertinentes de nos pairs. Ce bulletin offre aux médecins canadiens une tribune pour partager leurs expériences et pour approfondir leur connaissance commune des nouvelles options thérapeutiques à l'intention des patients. Le contenu du rapport sera déterminé par un comité consultatif de rédaction composé de dermatologues. L'objectif est d'offrir une publication qui met en évidence de nouvelles options thérapeutiques différentes destinées à traiter les affections de vos patients. Je me réjouis de la publication de ce rapport informatif et j'attends avec impatience les prochains numéros.

Je tiens à remercier GlaxoSmithKline Soins de santé aux consommateurs, fournisseur innovateur de produits de premier plan dans le domaine de la dermatologie, pour son appui à ce bulletin. GlaxoSmithKline Soins de santé aux consommateurs a décidé d'appuyer ce rapport Scientific Insights afin d'aider les médecins à rester au courant et à comprendre les résultats d'essais cliniques récents dans le domaine de la dermatologie.

---

### Conseil de rédaction

*Dr Gordon Searles*

*Dermatologue, Edmonton, Alberta  
Professeur clinicien agrégé  
Université de l'Alberta*

*Dr Jerry Tan*

*Dermatologue, Windsor, Ontario  
Professeur auxiliaire  
Université Western Ontario*

*Dr Marni Wiseman*

*Dermatologue, Winnipeg, Manitoba  
Professeur adjoint  
Université du Manitoba*

---

### Rédactrice en chef

*Bonnie Kuehl, Ph.D.  
Scientific Insights  
Consulting Group  
www.sicg.ca*

*Veillez faire parvenir vos commentaires à l'adresse suivante :  
Scientific Insights Consulting Group,  
Mississauga, Ontario  
Télécopieur : (905) 823-3930  
Courriel : editor@sicg.ca*

## Introduction de la rédactrice en chef Bonnie Kuehl, Ph.D.

C'est avec grand plaisir que je vous invite à découvrir le premier numéro de Gros plan sur la dermatologie. Ce bulletin vous présentera une analyse continue des documents de dermatologie traitant d'essais cliniques récents réalisés dans le monde entier. Le contenu proviendra de publications approuvées par des pairs et de présentations de congrès et de réunions. Une observation d'ordre clinique de notre comité de rédaction ou de l'un de vos pairs accompagnera chaque résumé pour vous aider à mettre à profit les informations recueillies dans des circonstances cliniques. Chaque numéro portera sur un aspect particulier de la dermatologie et mettra l'accent sur les options thérapeutiques permettant de traiter l'affection. Les options thérapeutiques indiquées comprendront des traitements avancés et traditionnels (corticostéroïdes, immunomodulateurs et goudrons topiques) et des traitements non traditionnels (traitements émollients, herbes médicinales).

Voici notre conseil de rédaction : D<sup>r</sup> Jerry Tan ; D<sup>r</sup> Marni Wiseman ; et D<sup>r</sup> Gordon Searles. D<sup>r</sup> Tan est professeur adjoint à l'Université Western Ontario. D<sup>r</sup> Tan s'intéresse particulièrement aux recherches épidémiologiques et cliniques sur l'acné et la couperose. D<sup>r</sup> Marni Wiseman est le directeur de la division de l'oncologie cutanée à Cancer Care Manitoba. D<sup>r</sup> Wiseman s'intéresse particulièrement au cancer de la peau, aux maladies vulvaires et aux troubles capillaires. D<sup>r</sup> Gordon Searles fait partie du personnel enseignant de l'Université de l'Alberta. D<sup>r</sup> Searles s'intéresse particulièrement au soin des plaies et aux manifestations dermatologiques des maladies d'origine interne. Je me réjouis de pouvoir collaborer avec ce groupe distingué et d'avoir l'occasion de recueillir les observations cliniques, touchant des sujets variés, de dermatologues et de médecins dans l'ensemble du pays. Je tiens à remercier particulièrement D<sup>r</sup> Stuart Maddin pour son aide au lancement de cette publication. D<sup>r</sup> Maddin est très enthousiaste à l'égard de cette nouvelle publication qui vise à renseigner les médecins canadiens sur les essais cliniques et les rapports dermatologiques récents provenant des quatre coins du monde. Il a accepté de collaborer de façon continue à cette nouvelle publication afin de permettre aux dermatologues d'être mieux informés sur les nouveaux traitements à l'intention de leurs patients.

Ce premier numéro porte sur les progrès récents en matière d'options thérapeutiques pour diverses maladies cutanées, y compris la dermatite atopique, le psoriasis et la couperose. Les observations cliniques contenues dans ce premier numéro ont été fournies par D<sup>r</sup> Stuart Maddin, D<sup>r</sup> Jerry Tan et D<sup>r</sup> Richard Thomas (professeur clinicien adjoint, Université de la Colombie-Britannique). Je tiens à remercier chacun d'eux pour leurs observations des plus pertinentes.

L'étude Allen et collègues (2003) démontre que la crème de pimecrolimus est efficace et bien tolérée dans le cadre du traitement de la dermatite atopique chez les enfants et les nourrissons. L'étude Thiboutot et collègues (2003) s'appuie sur deux essais cliniques robustes qui démontrent clairement l'efficacité du gel d'acide azélaïque pour le traitement de la couperose papulo-pustuleuse modérée.



D'autres résumés proposent de nouvelles options de traitement pour plusieurs affections cutanées. Kang et al. (2003) ont noté des améliorations significatives dans les régions « tête et cou » et autres régions atteintes de dermatite atopique suivant un traitement de 12 semaines à l'aide de tacrolimus 0,1 % et 0,03 %. L'équipe Mark et collègues (2003) a découvert que la lumière intense pulsée réduit efficacement le débit sanguin, la télangiectasie et l'érythème associés à la couperose. Bien que cette étude ait été effectuée auprès d'un petit groupe de patients, elle démontre de façon objective et quantitative une amélioration de la couperose des patients et laisse supposer que la luminothérapie peut être efficace. L'équipe Carboni et al. (2004) a évalué le traitement du psoriasis à l'aide d'esters d'acide fumarique. Ce traitement s'est avéré sûr, efficace et bien toléré, car plus de 82 % des patients ont bénéficié d'une rémission.

Les cliniciens ont souvent du mal à sélectionner les médicaments à utiliser pour traiter des dermatoses particulières. Cette difficulté est abordée dans le cadre d'études comparant le méthotrexate avec la cyclosporine pour le traitement du psoriasis allant de modéré à grave [Heydendaal et al. (2003)], et le gel d'acide azélaïque 15 % avec le gel de métronidazole pour le traitement de la couperose [Elewski et al. (2003)].

Il est également difficile de déterminer si un traitement combiné offre à vos patients des avantages par rapport à la monothérapie dans le cas du psoriasis. L'équipe Grundmann et collègues (2004) a découvert que l'association UVB et PUVA présente une efficacité supérieure à celle de la monothérapie.

Enfin, il existe quelques publications qui traitent de l'importance des émollients topiques sous forme d'hydratants ou de bases de préparations pharmacologiques dans la réparation et la restauration de la barrière cutanée hydro-protectrice. Les équipes Goustas (2003) et Zhai et collègues (2003) ont évalué la perte d'eau transépidermique et découvert dans le cadre de leurs études que le véhicule / la base d'un corticostéroïde topique peut avoir un effet important sur la restauration de l'hydratation de la peau. Goustas, dans le cadre de son étude sur Eumovate, avance que la base ou le véhicule de la crème peut offrir un potentiel hydratant favorable à l'action anti-inflammatoire exercée par le corticostéroïde topique.

Le premier numéro de Gros plan sur la dermatologie présente un assortiment intéressant d'options de traitement, notamment l'association de médicaments actuels ou nouvellement mis au point. Ce bulletin est un outil qui permet d'échanger des données et des expériences cliniques. Si vous avez des commentaires au sujet du contenu de ce bulletin ou des idées pour les numéros à venir, veuillez me les faire parvenir à editor@sicg.ca.

# Dermatite atopique

## 1. Systemic exposure, tolerability, and efficacy of pimecrolimus cream 1% in atopic dermatitis patients.

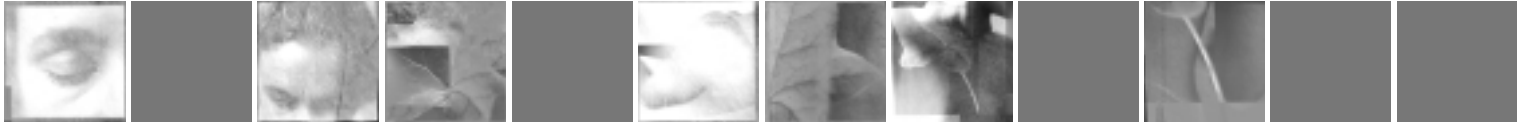
Allen, B. R., Lakhanpaul, M., Morris, A., Lateo, S., Davies, T., Scott, G., Cardno, M., Ebelin, M. E., Burtin, P., and Stephenson, T. J. Arch Dis. Child. 88:969-973; (2003)

Résumé : BUTS : Mesurer les concentrations sanguines de pimecrolimus et évaluer la tolérabilité et l'efficacité chez les enfants et nourrissons traités par voie topique pour une dermatite atopique avec de la crème de pimecrolimus 1 % pendant trois semaines. MÉTHODES : Trois études ouvertes, non contrôlées, à doses topiques multiples ont été menées sur des enfants de 8 à 14 ans (étude A, dix patients), et des nourrissons de 8 à 30 mois (étude B, huit patients) et de 4 à 11 mois (étude C, huit patients). Les concentrations sanguines de pimecrolimus ont été déterminées aux 4e et 22e jours de traitement et à la fin de l'étude. L'efficacité a été évaluée au moyen de l'index de surface et de sévérité de l'eczéma (EASI). RÉSULTATS : Les concentrations sanguines de pimecrolimus étaient constamment basses, généralement (dans 81 % des cas) inférieures à 1 ng/mL, et plus de la moitié des mesures se situaient sous la limite de quantification de l'essai (0,5 ng/mL) dans les études A et B. La concentration sanguine la plus élevée dans les trois études était de 2,6 ng/mL. La crème a été bien tolérée, aussi bien au niveau local que systémique. L'effet indésirable le plus courant soupçonné d'être lié au médicament de l'étude était une sensation de picotements passagère, de légère à modérée, sur le site d'application du médicament chez 5 patients sur 26. On n'a pas observé d'effets indésirables systémiques. Les patients ont répondu favorablement au traitement avec un délai d'action rapide, généralement au bout de quatre jours. Les réductions médianes de l'indice EASI à partir des valeurs initiales observées au 22e jour étaient de 55 % (étude A), 63 % (étude B), et 83 % (étude C).

CONCLUSION : Le traitement d'enfants et de nourrissons atteints de dermatite atopique grave avec la crème de pimecrolimus 1 %, à raison de deux applications par jour pendant trois semaines, est bien toléré et n'occasionne qu'une exposition systémique minimale, et aucun effet systémique prévu. Utilisé avec la permission de BMJ Publishing Group.

PM:14612358 Utilisé avec la permission de BMJ Publishing Group.

*Bien qu'il s'agissait d'essais ouverts effectués auprès de groupes d'âge variés (nourrissons à enfants allant jusqu'à 15 ans), les résultats indiquent l'absence d'absorption systémique. En outre, la réaction rapide au traitement, l'amélioration notée après quatre jours et le fait que cet agent topique a été bien toléré sont des facteurs positifs dans le cadre du traitement de sujets plus jeunes. (observation du Dr Maddin)*



## 2. Safe treatment of head/neck AD with tacrolimus ointment.

Kang, S., Paller, A., Soter, N., Satoi, Y., Rico, M. J., and Hanifin, J. M. J Dermatolog. Treat. 14:86-94; (2003)

Résumé : GÉNÉRALITÉS : La dermatite atopique avec atteinte « tête et cou » est courante et difficile à traiter. MÉTHODES : Des données d'efficacité et d'innocuité relatives au traitement des régions « tête et cou » avec un onguent de tacrolimus (Protopic) ont été rapportées dans trois études à double insu, randomisées et contrôlées contre véhicule. Au total, 631 adultes et 352 enfants souffrant de dermatite atopique de modérée à grave ont appliqué le véhicule et l'onguent de tacrolimus 0,03 % ou 0,1 %, deux fois par jour sur les régions atteintes jusqu'à 12 semaines. RÉSULTATS : Des améliorations significatives entre les valeurs initiales et les valeurs de fin du traitement correspondant aux signes de la dermatite atopique (érythème, oedème, excoriation, suintement, desquamation et lichénification) ont été observées pour la région « tête et cou » et les autres régions traitées avec l'onguent de tacrolimus 0,03 % ou 0,1 % ( $p < 0,001$ ). Dans chaque groupe traité, le taux d'incidence corrigé des effets indésirables sur le site d'application pendant les 12 semaines de traitement était similaire pour la région « tête et cou » et pour les autres régions. L'incidence des effets indésirables les plus courants, comme le prurit, les sensations de brûlure, l'érythème, l'infection et les picotements de la peau dans la région « tête et cou », était comparable à l'incidence observée dans les autres régions pour chaque groupe traité. La prévalence globale des effets indésirables sur les sites d'application a rapidement diminué au fil des premiers jours du traitement.

CONCLUSION : L'onguent de tacrolimus est un traitement sûr et efficace pour la dermatite atopique dans la région « tête et cou ».

PM:12775315 Utilisé avec la permission de Taylor & Francis Group.

### 3. One-year follow up of children treated with Chinese medicinal herbs for atopic eczema.

Sheehan, M. P. and Atherton, D. J. Br. J Dermatol. 130:488-493; (1994)

## REGARDER LE RÉSUMÉ SUR L'INTERNET:

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list\\_uids=8186115](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=8186115)



### 4. The moisturisation potential of the emollient base of clobetasone butyrate cream and clobetasone butyrate 0.05% cream: results from two comparative studies.

Goustas, P. Journal of Clinical Research. 6:1-12; (2003)

Résumé : Deux petites études en laboratoire, à simple insu et intra-individuelles ont été menées sur des volontaires ayant une peau sèche/normale pour évaluer le potentiel hydratant de la base émollissante de la crème de butyrate de clobétasone (Eumo®) et de la crème de butyrate de clobétasone Eumovate® 0,05 %. Dans l'étude A (n=20), lors d'une comparaison avec des sites non traités, des sites de 2 cm<sup>2</sup> sur la partie inférieure des jambes traitée avec la base d'Eumo® (10uL/cm<sup>2</sup>) présentaient une capacitance de la peau plus importante sur le plan statistique (hydratation pendant plus de 6 heures) que les sites traités avec d'autres crèmes émollissantes (E45®, Unguentum M® et Diprobase®). Dans l'étude B (n=13), lors d'une comparaison avec des sites témoins non traités, des sites de 5 cm<sup>2</sup> sur la face antérieure de l'avant-bras de volontaires traités avec la crème de butyrate de clobétasone 0,05 % (10uL/cm<sup>2</sup>) présentaient une capacitance de la peau plus importante sur le plan statistique sur une durée de 24 h que quatre crèmes à base d'hydrocortisone (Eurax NC®, Efcortelan® 0,5 %, Efcortelan® 1 % et Hc45®). Avec leur forte concentration de glycérol (25 % p/p), la base d'Eumo® et la crème de butyrate de clobétasone 0,05 % offrent donc un meilleur potentiel hydratant que les trois autres émollissants et que les quatre crèmes à base d'hydrocortisone ; de plus, la crème à base émollissante est esthétiquement acceptable (comme l'indiquent les résultats du questionnaire auquel ont répondu les patients dans l'étude A (n=60)). Le potentiel hydratant est complémentaire de l'action anti-inflammatoire de la crème de butyrate de clobétasone 0,05 % et pourrait favoriser une guérison plus rapide des poussées.

---

*L'altération de la barrière est associée à de nombreuses affections que nous traitons, particulièrement la dermatite atopique. Si l'hydratation accrue de la peau normale obtenue grâce à la base de la crème de butyrate de clobétasone (base d'Eumo®) est aussi possible pour la peau atteinte de dermatite atopique, ce produit s'avère très avantageux par rapport aux autres bases. Nombre de mes patients attachent une grande importance à l'acceptabilité cosmétique et, par conséquent, à une meilleure tolérance. (observation du Dr Thomas)*

---

# Psoriasis

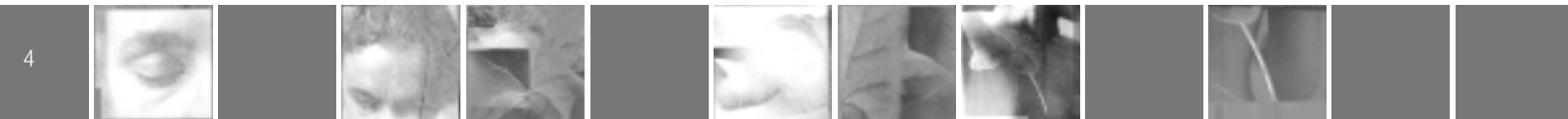
## 5. Fumaric acid esters in the treatment of psoriasis: an Italian experience.

Carboni, I., De Felice, C., De, Simoni, I, Soda, R., and Chimenti, S. J Dermatolog. Treat. 15:23-26; (2004)

**Résumé : GÉNÉRALITÉS :** Le psoriasis est une maladie cutanée inflammatoire chronique à médiation cellulaire courante. Les limites du traitement et la volonté de mieux comprendre la pathogénèse de la maladie au niveau moléculaire ont suscité un grand intérêt dans le domaine du traitement immunomodulateur. **OBJECTIF :** Évaluer l'efficacité et l'innocuité des esters d'acide fumarique, en particulier le diméthylfumarate (DMF), dans le traitement du psoriasis vulgaire de modéré à grave, intolérant et/ou résistant aux autres traitements systémiques conventionnels. **MÉTHODES :** Au total, 40 patients ont été recrutés dans l'étude. Le DMF a été administré par voie orale à raison d'une dose quotidienne allant de 30 mg à 360 mg pour une durée minimum de 6 mois. Dans le cadre du suivi, l'état des patients a été évalué au moyen de l'index de surface et de sévérité du psoriasis (PASI), et d'une documentation clinique et photographique. **RÉSULTATS :** Au total, 33 patients (82,5%) ont bénéficié d'une rémission clinique totale avec le traitement par DMF (8 patients après trois mois, et 25 patients après 6 mois). Des effets indésirables, tels que crampes abdominales intolérables et diarrhées incoercibles, se sont manifestés chez quatre patients qui ont dû arrêter le traitement pour cette raison.

**CONCLUSION :** Les résultats de l'étude laissent supposer que le DMF est un traitement oral de longue durée sûr, efficace et bien toléré qui mérite d'être pris en considération pour certains patients.

PM:14754645 Utilisé avec la permission de Taylor & Francis Group.



## 6. Narrowband UVB and cream psoralen-UVA combination therapy for plaque-type psoriasis.

Grundmann-Kollmann, M., Ludwig, R., Zollner, T. M., Ochsendorf, F., Thaci, D., Boehncke, W. H., Krutmann, J., Kaufmann, R., and Podda, M. J Am. Acad. Dermatol. 50:734-739; (2004)

### REGARDER LE RÉSUMÉ SUR L'INTERNET:

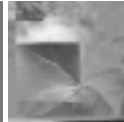
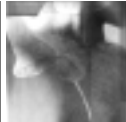
<http://www2.us.elsevierhealth.com/scripts/om.dll/serve?retrieve=/pii/S0190962203007928&>

*Le traitement combinant des UVB à bande étroite et de la crème de psoralène spécialement formulée (0,001 % 8-MOP dans la crème Dorithin) s'avère plus efficace que ces agents utilisés seuls dans le cadre d'une monothérapie. De plus, les doses UV cumulées sont inférieures et les sites anatomiques résistants, tels que les paumes, etc. réagissent plus rapidement au traitement combiné. (observation du D' Maddin)*

7. Methotrexate versus cyclosporine in moderate-to-severe chronic plaque psoriasis. Heydendael, V. M., Spuls, P. I., Opmeer, B. C., de Borgie, C. A., Reitsma, J. B., Goldschmidt, W. F., Bossuyt, P. M., Bos, J. D., and de Rie, M. A. N. *Engl. J Med.* 349:658-665; (14-8-2003)

## REGARDER LE RÉSUMÉ SUR L'INTERNET:

<http://content.nejm.org/cgi/content/abstract/349/7/658?view=abstractpmid=12917302>



## Couperose

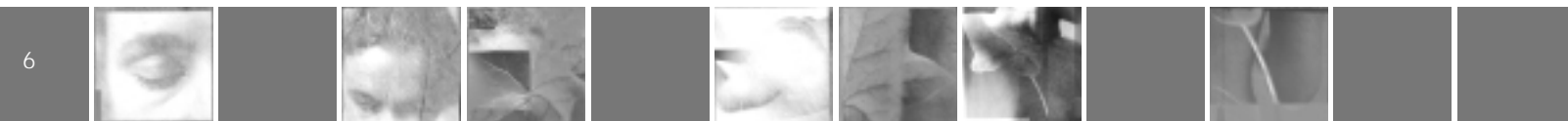
### 9. A comparison of 15% azelaic acid gel and 0.75% metronidazole gel in the topical treatment of papulopustular rosacea: results of a randomized trial.

Elewski, B. E., Fleischer, A. B., Jr., and Pariser, D. M. Arch Dermatol. 139:1444-1450; (2003)

#### REGARDER LE RÉSUMÉ SUR L'INTERNET:

<http://archderm.ama-assn.org/cgi/content/abstract/139/11/1444>

*Le métronidazole était auparavant considéré comme la norme d'or des traitements topiques de la couperose. Cet essai randomisé, contrôlé et actif a démontré que le gel d'acide azélaïque 15 % est statistiquement supérieur au gel de métronidazole 0,75 % dans le cadre d'un traitement deux fois par jour durant 15 semaines de la couperose papulo-pustuleuse modérée. Cependant, l'importance de la différence peut être marginale sur le plan clinique. Le potentiel d'accroissement de l'efficacité clinique provenant de la combinaison de ces agents intéressera particulièrement les praticiens. (observation du Dr Tan)*



### 10. Objective and quantitative improvement of rosacea-associated erythema after intense pulsed light treatment. Mark, K. A., Sparacio, R. M., Voigt, A., Marenus, K., and Sarnoff, D. S. Dermatol Surg. 29:600-604; (2003)

#### REGARDER LE RÉSUMÉ SUR L'INTERNET:

<http://www.blackwell-synergy.com/openurl?genre=article&sid=nlm:pubmed&issn=1076-0512&date=2003&volume=29&issue=6&spage=600>

*Il s'agit de l'une des rares études de la couperose faisant appel à des évaluations quantifiables et objectives de l'érythème associé à la couperose. La lumière intense pulsée a favorisé une amélioration pour ce qui est des trois paramètres de résultats : débit sanguin, intensité de l'érythème et région atteinte de télangiectasie. Cependant, cette étude étant à petite échelle et non contrôlée, les facteurs parasites ne peuvent être exclus. Un plan de travail « demi-visage » aurait pu fournir des preuves plus concluantes dans le cadre de cette étude à petite échelle. La durée d'amélioration et le degré de satisfaction des patients seraient également des facteurs cliniques à considérer. Cette étude à petite échelle devrait inciter les cliniciens à effectuer un essai contrôlé plus étendu et conforme à des critères cliniques pertinents. (observation du Dr Tan)*

11. Efficacy and safety of azelaic acid (15%) gel as a new treatment for papulopustular rosacea: results from two vehicle-controlled, randomized phase III studies. Thiboutot, D., Thieroff-Ekerdt, R., and Graupe, K. J Am. Acad. Dermatol. 48:836-845; (2003)

## REGARDER LE RÉSUMÉ SUR L'INTERNET:

<http://www2.us.elsevierhealth.com/scripts/om.dll/serve?retrieve=/pii/S0190962203004055&>

*Ces deux essais à grande échelle randomisés, contrôlés contre véhicule et effectués auprès de 664 patients ont démontré l'efficacité du gel d'acide azélaïque (15 %) dans le cadre du traitement de la couperose inflammatoire modérée pour ce qui est de réduire les lésions inflammatoires et l'érythème, et d'améliorer l'évaluation globale de la couperose. Bien que les symptômes soient typiquement légers et passagers, 38 % des sujets ont indiqué une sensation de cuisson ou de brûlure en présence du traitement actif. (observation du Dr Tan)*



## Émoullients

12. Hydrating effects of a corticoid oil formulation and its vehicle on human skin.

Zhai, H., Ramirez, R. G., and Maibach, H. I. Skin Pharmacol. Appl. Skin Physiol. 16:367-371; (2003)

Résumé : Les facteurs du traitement de la dermatite atopique comprennent notamment le rétablissement de l'hydratation de la peau et la réduction de l'inflammation. Cette étude a évalué une formulation d'huile corticoïde et ses composants en relation avec leur potentiel hydratant. Dix sujets sains de race blanche ont été recrutés. Cinq sites d'essai sur l'avant-bras gauche et l'avant-bras droit de chaque sujet ont été testés : Un des sites a servi de témoin de peau normale (sans traitement), alors que les quatre autres ont été mouillés par vaporisation d'eau distillée (environ 0,1 mL) sur une surface de peau de 3 cm<sup>2</sup> ; la vaporisation a été répétée toutes les cinq minutes pour un total de trois applications. Cinq minutes après la dernière application, on a appliqué 0,2 mL de formulation d'huile corticoïde, d'excipient hydratant et d'huile d'arachide ordinaire sur chaque site désigné (3 cm<sup>2</sup>); l'un des sites a été conservé comme témoin vierge (saturation d'eau seulement). Trente minutes plus tard, les sites d'essai ont été délicatement essuyés avec des mouchoirs en papier, et évalués selon ces critères : aspect visuel, perte d'eau transépidermique et capacitance. L'évaluation a été répétée 2 heures, puis 3 heures après l'application. La formulation d'huile corticoïde, l'huile d'arachide ordinaire et l'excipient hydratant ont augmenté de façon significative l'hydratation de la peau 30 minutes après chaque application, sans que l'on observe en aucun moment de différence statistiquement importante entre les traitements. La formulation d'huile corticoïde et l'huile d'arachide ordinaire ont légèrement élevé, mais pas de manière significative, la perte d'eau transépidermique 30 minutes après l'application. Ces résultats confirment le jugement intuitif des dermatologues consistant à conseiller aux patients d'appliquer des produits hydratants après un bain.

### 13. Role of topical emollients and moisturizers in the treatment of dry skin barrier disorders.

Loden, M. Am.J Clin. Dermatol. 4:771-788; (2003)

Résumé : Les crèmes émoullientes et les crèmes hydratantes sont utilisées pour rompre le cycle de la peau sèche et en préserver la douceur. Les termes « hydratant » et « émoullient » sont souvent utilisés de manière interchangeable, mais les produits hydratants contiennent souvent des humectants afin d'hydrater la couche cornée. La sécheresse est fréquemment liée à une défaillance de la fonction de la barrière, comme par exemple dans la peau atopique, le psoriasis, l'ichthyose et la dermatite de contact. La sécheresse et les troubles de la barrière cutanée ne sont pas une seule et même entité, mais se caractérisent par des différences de chimie et de morphologie dans l'épiderme. Il existe également des différences importantes entre les crèmes hydratantes. Les hydratants ont des fonctions multiples hormis l'hydratation de la peau. Comme pour d'autres éléments actifs, leur efficacité dépend vraisemblablement du dosage, et l'assiduité des patients est l'un des plus sérieux défis associés à la gestion des maladies cutanées. Les patients sont parfois rebutés par la forte odeur des ingrédients et les compositions grasses. De plus, la faible acidité et les réactions sensorielles, liées par exemple à l'acide lactique et à l'urée, peuvent réduire l'acceptation par les patients. Une fois qu'ils sont appliqués sur la peau, les ingrédients peuvent rester à la surface, être absorbés par la peau, être métabolisés ou disparaître en s'évaporant, en se détachant ou en entrant en contact avec d'autres matières. En plus des substances considérées comme éléments actifs (par exemple, graisses et humectants), les produits hydratants contiennent des substances

PM:14572299 Utilisé avec la permission de WoltersKluwer Health.

traditionnellement considérées comme des excipients (émulsifiants, anti-oxydants, agents de conservation, etc.). Des résultats récents indiquent que les effets des éléments actifs et des excipients sur la peau sont peut-être plus importants qu'on ne le pensait jusqu'à présent. Certaines formulations peuvent détériorer l'état de la peau alors que d'autres améliorent l'aspect clinique et la fonction de barrière cutanée. Les émulsifiants peuvent, par exemple, affaiblir la barrière cutanée. Par ailleurs, le pétrolatum a un effet réparateur immédiat sur la couche cornée dégraissée. Dans une étude ouverte sur des enfants, un mélange lipidique à dominante de céramide a amélioré la dermatite atopique et diminué la perte d'eau transépidermique. Des études à double insu ont montré que les hydratants avec urée réduisent la perte d'eau transépidermique chez les patients atteints de dermatite atopique et d'ichthyose. L'urée a également pour effet de rendre la peau normale et la peau atopique moins sensible à l'irritation due au laurylsulfate de sodium. Les traitements qui améliorent la fonction de barrière peuvent réduire le risque d'aggravation de la maladie. Pour que l'effet des hydratants soit optimal, il faudrait peut-être adapter chaque produit en fonction de l'anomalie épidermique. Des nouvelles techniques biochimiques et des instruments non invasifs nous permettront d'améliorer notre compréhension des troubles de la barrière cutanée et de mettre au point des traitements optimaux. La chimie et la fonction de la peau sèche et des hydratants représentent des domaines comportant de nombreux défis, à la fois pour les dermatologues et pour les chimistes qui développent ces agents dans l'industrie pharmaceutique/cosmétique.



---

*Merci aux éditeurs qui nous ont permis  
d'utiliser les résumés pour ce rapport :*

*American Academy of Dermatology  
American Medical Association  
Blackwell Publishing, Inc  
BMJ Publishing Group  
Massachusetts Medical Society  
PJB Publications  
The Taylor & Francis Group  
WoltersKluwer Health*

---



## Scientific Insights Report

---

Scientific Insights Report est un rapport médical et scientifique indépendant offrant des mises à jour éducatives sur la littérature et les congrès médicaux et scientifiques les plus récents. Les opinions publiées dans le rapport sont celles des auteurs, scientifiques, professionnels médicaux ou participants, et ne reflètent pas forcément celles de l'éditeur ou du commanditaire. L'assistance pour la préparation et la diffusion de ce rapport a été apportée par GlaxoSmithKline Consumer Healthcare Canada sous la forme d'une subvention sans restrictions et en vertu d'une entente garantissant l'indépendance. Les traitements mentionnés dans ce rapport doivent être utilisés conformément aux monographies de produits reconnues. L'information contenue dans ce rapport n'a pas pour objet de servir de base unique pour des soins individuels. Notre objectif est d'améliorer la compréhension par les scientifiques et les fournisseurs de soins de santé de la documentation et des tendances actuelles dans les domaines scientifique et médical.

Financé par une subvention sans restrictions de  
GlaxoSmithKline Consumer Healthcare Canada.