

# Skin Therapy Letter<sup>®</sup>

Volume 1 • Numéro 1 • Avril 2006

Évidence clinique. Conseils pratiques.

Éditeur: Dr Stuart Maddin

**Dr Stuart Maddin, M.D., FRCPC**

RÉDACTEUR EN CHEF

Le Dr Stuart Maddin, président de Skin Care Guide, est un des dermatologues le plus connu et le plus respecté



d'Amérique du Nord. Il est aussi l'auteur de nombreux articles publiés dans des revues de dermatologie, de monographies et de manuels. En plus d'être un médecin-consultant auprès d'un certain nombre de compagnies pharmaceutiques et biotechnologiques, il est directeur du centre des essais cliniques au Département de dermatologie de l'Université de Colombie-britannique. Dr Maddin a également agi en tant que conseiller auprès d'administrations et services gouvernementaux chargés de l'application des règlements sur les médicaments comme la Direction générale de la protection de la santé (Ottawa), le Comité de liaison de la AAD-FDA et l'OMS (Genève). Fondateur des Symposiums de mise à jour en dermatologie (ils ont déjà 21 ans), il est l'ancien président de l'Association canadienne de dermatologie et a été secrétaire général du Comité international de dermatologie pour la Ligue internationale des sociétés de dermatologie.

**Annie Dufour, BSc (Biochimie), BSc Phm**  
PHARMACIENNE CONSULTANTE

Annie Dufour est la pharmacienne et la directrice de la Skin Care Center Pharmacy située dans le Skin Care Centre à Vancouver en Colombie-Britannique. La Skin Care Center



Pharmacy fournit tous les genres de médicaments mais elle est reconnue pour sa spécialisation en médicaments dermatologiques, y compris les préparations composées.

Mme Dufour détient un diplôme en biochimie et en pharmacie de l'Université de Toronto. Elle est pharmacienne depuis 1998 et son expérience est variée ayant été entre autres, pharmacienne en milieu hospitalier, dans la collectivité et dans l'industrie pharmaceutique. Elle a rédigé et présenté divers programmes de formation continue pour les pharmaciens sur le sujet des problèmes dermatologiques et leurs traitements.

## Thérapie topique du psoriasis

**L. Guenther, M.D., FRCPC***University of Western Ontario, London, Ontario, Canada***Le psoriasis**

Le psoriasis (*psoriasis vulgaris*) est une maladie auto-immune avec des liaisons génétiques (par exemple : HLA-CW6). Environ un tiers des patients ont un parent qui souffre du psoriasis. L'activation des lymphocytes T et des cytokines TH1 entraîne une prolifération excessive des cellules, un défaut de différenciation épidermique et une réaction inflammatoire.

**Impact sur la personne atteinte**

Le psoriasis a un impact considérable sur la qualité de vie.

- Dans une étude qui faisait une comparaison entre plusieurs maladies, seule la dépression avait un impact mental plus grand et l'insuffisance cardiaque congestive un impact physique plus important que le psoriasis. [Rapp SR, et al. *J Am Acad Dermatol* 41:401-7 (1999).]
- Un sondage mené en 2003 par la Psoriasis Society of Canada (n=1,108) a rapporté un impact considérable sur le travail, les études et les loisirs chez 81 % des personnes atteintes.
- Un sondage réalisé en 1998 par la US National Psoriasis Foundation auprès de 17 488 de ses membres a relevé que 40 % des victimes avaient de la difficulté à se faire servir dans certains établissements comme les salons de coiffure, les piscines et les clubs de santé alors que > 50% s'étaient fait dire, à tort, que leur maladie était contagieuse. [Krueger G, et al. *Arch Dermatol* 137:280-4 (2001).] Dans le groupe d'âge des 18 à 34 ans :
  - 81% se sentaient gênés
  - 75% se trouvaient laids
  - 54% souffraient de dépression
  - 10% avaient pensé au suicide.

**Caractéristiques**

- Plaques rouges, squameuses qui souvent démangent énormément et peuvent saigner quand on les gratte.
- Les coudes, les genoux, la région sacrée et le cuir chevelu sont fréquemment touchés même si n'importe quelle partie du corps peut être atteinte, les paumes des mains et la plante des pieds incluses.
- Le psoriasis peut être très étendu.
- C'est une maladie chronique avec période de rémission.
- Les modifications concomitantes des ongles sont courantes : aspect en dé à coudre, onycholyse, décoloration en tache d'huile, hyperkératose subunguéal, épaissement du plateau unguéal.
- Il y a risque de rhumatisme psoriasique chez environ 30 % des patients.

## Traitement

Le traitement est déterminé par :

- l'étendue de la maladie;
- les régions du corps touchées;
- la réponse aux traitements antérieurs;
- les autres problèmes médicaux du patient;
- les médicaments concomitants;
- la proximité des ressources médicales;
- les préférences du patient.

Le traitement le plus largement utilisé et habituellement en premier est la thérapie topique, particulièrement chez les patients qui font du psoriasis sur moins de 10 % du corps. Pour les patients à la maladie plus étendue, on l'utilise souvent comme thérapie d'appoint sur les plaques réfractaires, sur celles qui sont dans des zones visibles et sur les lésions prurigineuses. Pour un psoriasis étendu ou réfractaire, on utilise la photothérapie et les traitements systémiques traditionnels (par exemple : méthotrexate, cyclosporine, acitrétine (Soriatane®) et les agents biologiques (par exemple : alefacept (Amevive®), éfalizumab (Raptiva®), étanercept (Enbrel®).

## Soins généraux de la peau

- Éviter les traumatismes cutanés (égratignures), ceux-ci pouvant produire un psoriasis dans les endroits blessés, par exemple le phénomène de Koebner.
- Se laver avec un nettoyant doux et de l'eau tiède.
- Les hydratants minimisent la desquamation, les fissures douloureuses et les démangeaisons. Il faut les appliquer immédiatement après le bain. L'application des hydratants doit se faire dans le sens des poils du patient pour éviter les risques de folliculite.

## \*\*Éviter les médicaments aggravants\*\*

Chez certains patients, *les bêtabloquants, les inhibiteurs de l'ECA, les antipaludéens, les médicaments non-stéroïdiens et non-inflammatoires, et le lithium* peuvent aggraver la maladie et la rendre plus réfractaire au traitement. Il faut parfois un an de traitement avant que les effets aggravants du traitement ne surgissent.

## Les traitements en vente libre

- L'acide salicylique est un kératolytique qui augmente la pénétration des corticostéroïdes topiques. Il diminue les squames qui peuvent être particulièrement épaisses sur les paumes des mains, la plante des pieds et le cuir chevelu.
- L'urée peut aussi diminuer les squames sur les paumes des mains et la plante des pieds.
- Les huiles de bain, les crèmes, les lotions et les pommades à base de goudron peuvent soulager les démangeaisons et améliorer l'aspect des plaques.
- On les applique une à deux fois par jour.
- Leur usage est limité par leur odeur, leur tendance à tacher les vêtements, à irriter la peau et à causer une folliculite.
- Une crème à base d'hydrocortisone peut être utile pour le psoriasis du visage et des plis, mais pour le reste du corps, il faut habituellement un corticostéroïde topique plus fort.
- Relieva®, un extrait d'aquifolium Mahonia, est anti-inflammatoire et il réduit la prolifération excessive des kératinocytes. Des essais cliniques ont démontré une amélioration statistiquement significative dans les signes et symptômes du psoriasis léger à modéré.
- Un bandage liquide aide à « sceller » les fissures permettant une diminution de la douleur et une guérison plus rapide.
- Les shampoings à base de goudron, d'acide salicylique, de pyrithione de zinc, de kétoconazole et de nombreux shampoings anti-pelliculaires peuvent aider à réduire les squames du cuir chevelu.
- Les antihistaminiques oraux sont utiles pour les démangeaisons : le jour, prescrire ceux qui ne créent pas de sédation et réserver pour la nuit les antihistaminiques sédatifs.

## Les agents topiques de prescription

Il faudrait éviter de mélanger les produits puisque la stabilité du composé qui en résulte est inconnue. Par contre, les produits d'association médicamenteuse fixe manufacturés commercialement ont été testés pour leur stabilité. Certains produits préfèrent une base acide (par exemple : les stéroïdes topiques), d'autres (par exemple : la calcipotriol) préfèrent une base alcaline. Le mélange d'un stéroïde commercialement disponible comme le dipropionate de bétaméthasone (Diprosone®) avec le calcipotriol (Dovonex®) entraîne une dégradation rapide de leurs deux ingrédients actifs. Par contre Dovobet®, un produit commercialement disponible contenant les deux ingrédients, a un excipient dans lequel les deux produits sont stables.

## Les corticostéroïdes topiques

- C'est le traitement le plus fréquemment prescrit.
  - Ils sont disponibles en diverses forces : faible, moyenne, forte et extra-forte.
  - Utiliser le stéroïde de la force la plus faible possible pour contrôler la maladie, particulièrement au niveau du visage et dans les plis.
  - Sur les paumes des mains et la plante des pieds, il faut en général les stéroïdes les plus forts.
  - On utilise lotions et gels pour le cuir chevelu.
  - Crèmes et pommades sont utilisées pour les autres régions du corps.
  - Les pommades sont souvent plus fortes que les crèmes.
  - Les stéroïdes sont sans danger à court terme ou lors d'utilisation intermittente sur le long terme.
  - Une application par jour est souvent aussi efficace que deux par jour.
  - Un usage de 2 à 3 fois par semaine peut maintenir une rémission.
- Parmi les effets indésirables, on note :
    - l'atrophie
    - les vergetures (particulièrement dans les zones intertrigineuses)
    - les télangiectasies
    - la rosacée
    - une dermatite péri-orale
    - le glaucome
    - les cataractes
    - une dermatite de contact allergique (au stéroïde lui-même aussi bien qu'à l'excipient et aux produits de conservation)
    - la tachyphylaxie (perte de l'efficacité lors d'un usage continu)
    - un rebond après l'interruption du traitement
    - la suppression surrénalienne (ne pas utiliser > 50 mg de stéroïdes ultra-forts par semaine).

## Calcipotriol topique (Dovonex®)

- Utiliser pour faire céder le psoriasis (2 fois par jour) et maintenir une rémission à long terme (1 à 2 fois par jour).
- Il agit moins rapidement que les stéroïdes topiques mais il n'y a pas de rebond.
- Utiliser 100 g par semaine au maximum pour minimiser les risques d'hypercalcémie.
- La crème ou la pommade sont pour le tronc et les membres.
- La lotion est pour le cuir chevelu.
- Il est couramment utilisé en association avec un stéroïde moyennement fort ou extra-fort (schéma de posologie matin et soir).
- La calcipotriol pendant les jours de la semaine et un corticostéroïde topique extra-fort (par exemple : Ultravate®) durant les deux jours du week-end, peuvent maintenir la rémission.
- Il agit en synergie avec :
  - les corticostéroïdes topiques
  - la photothérapie [rayons ultraviolets B-UVB, psoralène + UVA-PUVA]
  - le méthotrexate
  - la cyclosporine
  - l'acitrétine.
- Les effets indésirables sont :
  - l'irritation (généralement légère et conduisant rarement à l'arrêt du traitement)
  - la dermatite du visage.

## Calcipotriol et du dipropionate de bétaméthasone topique (Dovobet®)

- Contient du calcipotriol et du dipropionate de bétaméthasone dans les mêmes concentrations que le Dovonex®, et le Diprosone® respectivement.
- À appliquer une fois par jour.
- Plus efficace et d'une plus grande rapidité d'action que l'une ou l'autre de ses substances employée seule.
- Après 4 semaines de traitement, environ 50 % des patients ont une amélioration complète ou presque.
- Mêmes effets indésirables cutanés que pour le dipropionate de bétaméthasone; environ la moitié moins d'effets indésirables que pour le calcipotriol.
- Après un traitement au Dovobet®, pour maintenir la rémission, on peut utiliser une monothérapie au calcipotriol ou une combinaison de calcipotriol utilisé les jours de semaine et de Dovobet®, durant les deux jours du week-end.

## Tazatorène topique (Tazorac®)

- Rétinoïde sélectif
- Habituellement utilisé une fois par jour avec un stéroïde moyennement ou extra-fort une fois par jour
- L'amélioration peut être maintenue avec du tazatorène les lundis, mardis, mercredis et du clobétasol en pommade les jeudis et vendredis.
- Il agit en synergie avec :
  - les corticostéroïdes topiques
  - le calcipotriol
  - la photothérapie (UVB, PUVA).
- Contre-indiqué pendant la grossesse
- Les rétinoïdes topiques amincissent la couche cornée, ce qui peut permettre une plus grande pénétration de la radiation ultraviolette dans la peau et produire un seuil de résistance plus faible au coup de soleil.
- L'irritation de la peau limite son usage.

## Inhibiteurs de la calcineurine topiques

- Le pimécrolimus topique (en crème 1 % Elidel,) et le tacrolimus (en pommade 0,03 % et 0,1 % Protopic®) sont efficaces dans le psoriasis du visage et intertrigineux.
- À appliquer deux fois par jour.
- Ne provoquent pas d'atrophie.
- Peuvent causer une sensation de brûlure ou de picotement, surtout au cours des premières semaines du traitement et quand le patient s'expose à la chaleur.
- Il faut une protection solaire à cause du risque théorique du cancer de la peau. Cependant aucune étude n'a démontré que les inhibiteurs de la calcineurine provoquent une photosensibilité.
- En avril 2005, Santé Canada a émis pour les dispensateurs de soins et les patients une recommandation en matière de sécurité d'utilisation de ces médicaments, basée sur des études d'animaux qui en avaient reçu de très fortes doses et qui indiquaient un risque de cancer potentiel.
- Ces médicaments sont indiqués pour les patients de 2 ans et plus qui ne sont pas immunodéprimés.

# Herpès labial (feux sauvages)

R. Vender M.D., FRCPC<sup>1</sup> et B. Kuehl, PhD<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Dermatials Research, Hamilton, Ontario, Canada*

<sup>2</sup>*Scientific Insights Consulting Group, Mississauga, Ontario, Canada*

## Introduction

Comparés à d'autres infections virales, les feux sauvages peuvent passer pour un problème bénin et insignifiant; pourtant il arrive qu'ils soient extrêmement désagréables physiquement et rendent l'alimentation et l'élocution douloureuses. Les feux sauvages ont aussi sur les personnes souffrantes un énorme impact émotionnel au point de changer leurs habitudes quotidiennes afin de ne pas être vues avec un ce type de lésion ou d'éviter de communiquer le virus aux membres de leur famille et leurs amis proches.

Il existe un choix de traitements qui réduisent l'inconfort causé par les feux sauvages et diminuent la durée de la flambée. Les plus récents traitements et les plus prometteurs dont l'efficacité a été démontrée cliniquement sont le docosanol, un produit pharmaceutique grand public bloquant l'entrée du virus; le valacyclovir, un médicament antiviral sur prescription et le famciclovir, un agent antiviral qui sera bientôt approuvé. Des informations plus détaillées sur ces traitements sont disponibles à : [www.skinpharmacies.ca](http://www.skinpharmacies.ca) sous le titre : Continuing Education Session Recurrent Herpes Labialis: Assessment and Treatment.

## Mise en contexte

La majorité du temps, les feux sauvages sont causés par l'herpès simplex virus de type 1 (HSV 1). La primo-infection survient généralement tôt dans l'enfance au contact des parents ou des frères et sœurs et à l'âge de 14 ans, 70 % de tous les enfants sont infectés. Une fois qu'un individu a été infecté avec le HSV 1, le virus persiste dans les cellules nerveuses. La réactivation est imprévisible, son apparition et sa récurrence étant variables, mais elle survient particulièrement en situation de stress ou de traumatisme. Cette infection récurrente peut se manifester par des feux sauvages classiques mais aussi par une excrétion virale asymptomatique. Environ 20 à 40 % des individus infectés ont des lésions récurrentes dues au HSV 1.

## Particularités du diagnostic des feux sauvages

L'herpès labial est une infection causée par l'herpès simplex virus caractérisée par une éruption de petites cloques, habituellement douloureuses, sur la peau des lèvres, de la bouche, des gencives ou autour de la bouche. On appelle communément ces cloques, des feux sauvages ou des boutons de fièvres.

Les feux sauvages passent par sept étapes distinctes à commencer par les symptômes prémonitoires (sensation douloureuse, de brûlure, démangeaisons, picotements) à l'endroit où apparaîtront les cloques, puis surviennent les cloques très infectieuses et finalement la croûte dure. Il est important de comprendre ces étapes et de connaître l'aspect visuel des feux sauvages parce que le traitement est le plus efficace quand il est entrepris dès les signes prémonitoires.

Un graphique donnant une description détaillée des étapes d'un feu sauvage en images est disponibles à : [www.coldsore.ca](http://www.coldsore.ca). Les patients ont souvent tendance à confondre un feu sauvage avec un aphte étant donné qu'ils partagent certaines caractéristiques physiques. Pourtant, il est important de les différencier car les deux conditions ont une étiologie, une présentation et une évolution distinctes. Les feux sauvages se retrouvent en général à l'extérieur de la lèvre ou autour de la bouche sur la peau. Les aphtes se situent généralement à l'intérieur de la lèvre ou de la bouche sur les muqueuses ou la muqueuse vestibulaire.

## Prévention

La prévention d'une poussée ultérieure est importante pour les individus infectés. Il faudrait conseiller aux patients de :

- limiter leur exposition au soleil et appliquer fréquemment un écran solaire sur les lèvres et la peau avoisinante avant d'aller dehors;
- éviter les facteurs de déclenchement qui peuvent réactiver le virus comme les brûlures par le vent, la

lumière ultraviolette (soleil et salon de bronzage), les lèvres sèches, le stress émotionnel et la fatigue;

- d'être conscients des facteurs de déclenchement inévitables comme les menstruations, la fièvre, la maladie, les réactions allergiques, les accidents physiques, les blessures dentaires et les traumatismes du visage;
- tout faire pour éviter de transmettre la maladie à d'autres parties du corps ou à d'autres individus.

## Soins personnels de prévention

- Utiliser des protecteurs de la peau, tels des produits hydratants ayant un indice de protection solaire (SPF) de 30 ou plus, fréquemment sur les lèvres et sur la peau avoisinante particulièrement avant une exposition au soleil ou au vent
- Éviter les situations de déclenchement

- Dormir suffisamment
- Apprendre des techniques de gestion du stress
- Ne pas partager ustensiles, tasses, verres, bouteilles d'eau, serviettes, rasoirs
- Respecter les règles de l'hygiène et se laver les mains soigneusement et fréquemment

## Traitement médical

La plupart des feux sauvages guérissent spontanément en 7 à 10 jours. La majorité des traitements cherchent à diminuer l'inconfort qui accompagne les feux sauvages et à réduire la durée de la flambée. De nouvelles options permettent de prévenir la progression de la flambée dès les premiers signes de son annonce. Il faut prendre en considération le début, la durée, l'étendue et la fréquence du feu sauvage ainsi que l'accessibilité, l'avantage et le coût du traitement pour le patient.

## Traitement : Mesures non pharmacologiques et pharmacologiques

### Traitements sans prescription

#### Traitements de soutien aux symptômes

- Des protecteurs de la peau (tels que Labello® ou Orabase) assurent une hydratation et une barrière mécanique qui protègent la peau et les lèvres contre les irritants.
- Les anesthésiques ou analgésiques topiques empêchent les récepteurs sensitifs de transmettre la sensation de la douleur au cerveau. Ils peuvent temporairement soulager la douleur et les démangeaisons. Ces produits peuvent provoquer une sensibilisation et de l'irritation.
- Les analgésiques oraux procurent un soulagement temporaire de la douleur.

#### Le docosanol (crème Abreva®), un agent bloquant l'entrée virale

- empêche la pénétration du virus dans les cellules et sa réplication ultérieure;

- A donné la preuve clinique qu'il réduisait les symptômes, dont la douleur et les démangeaisons, et la durée de la flambée des feux sauvages.
- a une efficacité maximale quand il est utilisé dès les premiers signes ou symptômes d'un feu sauvage (phase prémonitoire);
- doit être appliqué 5 fois par jour du début des premiers symptômes pour jusqu'à 10 jours.

#### Zinc et héparine (Lipactin® en gel) à la possible activité antivirale

- peut perturber l'entrée virale;
- peut aider à raccourcir la durée du feu sauvage s'il est utilisé au début de la flambée;
- doit être appliqué 3 à 6 fois par jour pour jusqu'à 14 jours.

## Traitements avec prescription

Les analogues des nucléosides et les antiviraux réduisent le nombre de virions infectieux et ralentissent l'infection entre les cellules.

### Topiques

#### Crème ou pommade d'acyclovir (Zovirax®)

- Efficacité démontrée pour réduire la gravité des feux sauvages chez l'immunodéprimé;
- Efficacité maximale si utilisée dès le premier signe ou symptôme d'un feu sauvage (phase prémonitoire);
- Appliquer 4 à 6 fois par jour pendant 10 jours.

### Oraux

#### Acyclovir (Zovirax®)

- Diminue la douleur et le temps pour arriver à la croûte de cicatrisation mais ne semble pas affecter la progression, la grosseur du feu sauvage et le temps global de guérison;
- Efficacité maximale si utilisé dès le premier signe ou symptôme d'un feu sauvage (phase prémonitoire);
- Dosage : 200 mg 5 fois par jour pendant 5 jours.

#### Famciclovir (Famvir®)

- Réduit la durée, le temps de guérison et la douleur;
- Actuellement, ce médicament est indiqué seulement pour le traitement des infections récurrentes d'herpès simplex chez les patients infectés par le VIH. (Des applications plus larges sont présentement à l'étude);
- Efficacité maximale si utilisé dès le premier signe ou symptôme d'un feu sauvage (phase prémonitoire);
- Dosage : 500 mg 2 fois par jour pendant 7 jours.

#### Valacyclovir (Valtrex®)

- Réduit la durée, le temps de guérison et la douleur;
- Peut aider à enrayer une flambée de feux sauvages s'il est pris dans la phase prémonitoire;
- Efficacité maximale si utilisé dès le premier signe ou symptôme d'un feu sauvage (phase prémonitoire);
- Indiqué pour la suppression des épisodes récurrents d'herpès labial;
- Dosage : 2 g toutes les 12 heures, pour 2 doses.

## Conseils pratiques

- Passer en revue avec le patient les soins personnels à suivre pour réduire le nombre de flambées de feux sauvages et pour limiter la transmission du virus.
- Insister auprès du patient pour qu'il débute le traitement dès l'apparition des premiers signes ou symptômes d'un feu sauvage.
- Rappeler au patient l'importance de se laver les mains avant et après l'application d'un traitement topique sur ses feux sauvages ou avant et après s'être touché les lèvres.
- Expliquer au patient qu'il est préférable d'appliquer un traitement topique avec un coton-tige ou un doigt ganté.

Pour mieux comprendre les étapes d'un feu sauvage, le choix des traitements et leur efficacité, pour des études de cas avec des modèles de consultation, il existe un programme d'éducation permanente sur les feux sauvages : Herpes Labialis: Assessment and Treatment disponible sur le site [www.coldsore.ca](http://www.coldsore.ca).

# Choix de traitements pour l'hyperhidrose

Y. Zhou, M.D., Ph D, FRCPC (dermatologie)

Clinique de l'hyperhidrose, Département de dermatologie, University of British Columbia, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada

## L'hyperhidrose

L'hyperhidrose est une production excessive de sueur. Il existe de nombreux types d'hyperhidrose qui affectent une large partie de la population. Jusqu'à récemment, son traitement était difficile. Cependant grâce à de nouveaux progrès, comme le blocage sélectif des neurotransmetteurs avec des injections de toxine botulinum, la prise en charge des nombreux patients qui souffrent de ce problème a été révolutionnée.

L'hyperhidrose focale primaire est la forme d'hyperhidrose la plus courante et on la définit comme étant une sudation excessive qui survient de façon symétrique de manière localisée. Elle touche environ 5 % de l'ensemble de la population et elle se manifeste le plus souvent aux aisselles, aux mains et aux pieds. Le visage et les aines peuvent aussi être touchés. L'hyperhidrose ne met pas la vie en danger et elle n'affecte pas la santé physique de l'individu qui en est victime mais elle a un profond effet négatif sur sa qualité de vie. Les patients se plaignent la plupart du temps d'avoir des problèmes au travail, à l'école et dans leurs relations sociales. En conséquence, ils évitent souvent les situations qui les obligent à donner des poignées de main ou à avoir d'autres formes de contacts physiques étroits avec les gens.

## Choix de traitements

Il existe plusieurs genres de traitements pour la gestion de l'hyperhidrose focale primaire. Selon l'endroit affecté, les choix de traitements sont légèrement différents.

## Hyperhidrose axillaire

### *Antisudoraux topiques*

- Le traitement prescrit en première intention le plus couramment utilisé pour l'hyperhidrose axillaire. On peut utiliser, par exemple, des solutions de chlorure d'aluminium à 20 % en application 1 à 2 fois par jour sur l'endroit affecté. Veiller à appliquer sur une peau sèche pour diminuer l'irritation.
- Ils n'offrent que très rarement un soulagement complet ou adéquat à la production de sueur.
- On rapporte fréquemment une irritation locale.
- Ils sont appréciés de la plupart des patients parce qu'ils coûtent relativement peu cher.
- Le réactif principal est le chlorure d'aluminium en concentrations variées : plus la concentration est élevée, plus c'est efficace. Cependant des concentrations plus fortes sont aussi associées à des risques plus élevés d'irritation locale et ceci peut en limiter l'usage régulier.

### *Injections subcutanées de toxine botulinum*

- L'injection de la toxine botulinum par un médecin d'expérience agit en inhibant la libération d'acétylcholine, un neurotransmetteur, dans les terminaisons des nerfs moteurs des glandes sudoripares.
- L'effet est localisé dans les régions immédiates de l'injection et il y a peu de dissémination systémique.
- Il y a peu d'effets secondaires significatifs.
- On note plus de 90 % de réduction dans la production de sueur chez plus de 90 % des patients.
- Il est nécessaire de donner les injections à répétition, soit une à deux injections par an.
- C'est un traitement au coût relativement élevé. Cependant, puisque tous les régimes d'assurance privée remboursent le coût de ce médicament prescrit pour ce problème, il peut être compensé pour quiconque a une assurance médicament privée. De plus, une injection de toxine botulinum élimine le besoin d'utiliser fréquemment des antisudoraux topiques et sauve potentiellement le coût de remplacement des vêtements. Le coût d'une injection de toxine botulinum n'est que légèrement plus élevé quand on le compare au coût des antisudoraux topiques.

### *Anticholinergiques oraux*

Les anticholinergiques oraux tels le glycopyrrolate peuvent offrir une amélioration légère ou modérée à certains patients qui souffrent d'hyperhidrose faciale primaire. Cependant, à cause de leurs effets secondaires systémiques tels que : bouche sèche, vision embrouillée, motilité gastro-intestinale réduite, ces médicaments ne constituent pas une thérapie adéquate pour la majorité des patients.

## Hyperhidrose axillaire (suite)

### Traitement chirurgical de l'hyperhidrose axillaire

Pour certains patients choisis, l'extirpation chirurgicale des glandes sudoripares dans les aisselles ou l'ablation de la chaîne sympathique latérovertébrale qui approvisionne les glandes sudoripares, peuvent être réalisées. Cependant, comme il existe des risques de complications tels que :

- avec l'extirpation des glandes sudoripares
  - nécrose
  - cicatrices
  - récurrence de la sudation
- avec la sympathectomie
  - risque de blessure intrathoracique aux poumons et autres structures nerveuses
  - hyperhidrose compensatoire

ces interventions sont normalement réservées pour les patients qui ne répondent pas aux autres formes de thérapie.

## Hyperhidrose palmoplantaire

L'hyperhidrose des mains et des pieds est également très courante, seule ou en accompagnement à l'hyperhidrose axillaire. Les choix de traitements sont similaires à ceux de l'hyperhidrose axillaire.

- Les antisudoraux topiques sont souvent la première thérapie préconisée :
  - ils sont rarement satisfaisants.
- Les injections subdermales de toxine botulinum sont :
  - hautement efficaces;
  - leur coût est beaucoup plus élevé que les autres thérapies car l'hyperhidrose palmoplantaire exige des doses de toxine beaucoup plus grandes.
- L'iontophorèse traite les paumes des mains et la plante des pieds de l'individu affligé par l'administration percutanée d'eau du robinet dont la pénétration est déterminée par l'action d'un micro-courant électrique. Le mécanisme d'action reste inconnu, mais il est possible que ce traitement entraîne le colmatage des pores des glandes sudoripares exocrines.
  - Elle exige à ses débuts de fréquents traitements pour être efficace.
  - Une fois le résultat désiré obtenu, les traitements d'entretien sont peu fréquents pour maintenir le contrôle de la sudation à moyen et même très long terme.
  - Elle est relativement peu dispendieuse.
  - Elle a peu d'effets indésirables significatifs.
  - Elle peut être essayée avant de penser à la sympathectomie.

Tout comme pour l'hyperhidrose axillaire, les anticholinergiques systémiques peuvent être utilisés quand les autres options non chirurgicales ne sont pas efficaces ou convenables.

## Hyperhidrose faciale

La production excessive de sueur sur le visage et le cuir chevelu peut devenir un sujet d'inquiétude majeure pour de nombreux individus.

- Ces endroits ne se prêtent pas à l'emploi d'antisudoraux topiques ou à l'iontophorèse.
- La thérapie la plus efficace sont les injections subdermales de toxine botulinum.
- Elle est particulièrement efficace et sans danger pour le front et le cuir chevelu où l'effet secondaire de paralysie des muscles faciaux ne pose pas de gros problème.
- Pour le bas du visage, il faut injecter la toxine avec beaucoup de soin au bon endroit pour éviter la paralysie malencontreuse des muscles faciaux.

Les anticholinergiques systémiques comme le glycopyrrolate peuvent aussi être essayés chez les patients pour qui la toxine botulinum n'est pas un choix acceptable.

## Conclusion

Des améliorations majeures ont été apportées au traitement de la sécrétion surabondante de sueur grâce à l'introduction de la thérapie à la toxine botulinum si efficace. Pour la majorité des patients souffrant d'hyperhidrose faciale et axillaire, elle est devenue le traitement de choix. La toxine botulinum est aussi très efficace pour l'hyperhidrose palmoplantaire et devrait être présentée avec le choix de l'iontophorèse si les thérapies topiques ont échoué. Pour l'hyperhidrose axillaire et palmoplantaire, les options chirurgicales sont réservées en dernier recours quand tout le reste a échoué.

ABONNEZ-VOUS GRATUITEMENT !

# Skin Therapy Letter<sup>®</sup>

Édition des pharmaciens

Éditeur: Dr Stuart Maddin

Visitez le [www.SkinPharmacies.ca](http://www.SkinPharmacies.ca) et abonnez-vous dès aujourd'hui!

Lisez en ligne cette nouvelle publication de dermatologie pour les pharmaciens :

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

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

Sites pour les patients :

<a href="http://AcneGuide.ca">AcneGuide.ca</a>	<a href="http://EczemaGuide.ca">EczemaGuide.ca</a>	<a href="http://FungalGuide.ca">FungalGuide.ca</a>	<a href="http://HerpesGuide.ca">HerpesGuide.ca</a>
<a href="http://RosaceaGuide.ca">RosaceaGuide.ca</a>	<a href="http://SkinCancerGuide.ca">SkinCancerGuide.ca</a>	<a href="http://PsoriasisGuide.ca">PsoriasisGuide.ca</a>	<a href="http://PsoriaticArthritisGuide.ca">PsoriaticArthritisGuide.ca</a>
<a href="http://BotoxFacts.ca">BotoxFacts.ca</a>	<a href="http://Lice.ca">Lice.ca</a>	<a href="http://MildCleanser.ca">MildCleanser.ca</a>	<a href="http://Mohssurgery.ca">Mohssurgery.ca</a>

Sites pour les professionnels en médecine :

[SkinPharmacies.ca](http://SkinPharmacies.ca)                      [SkinTherapyLetter.ca](http://SkinTherapyLetter.ca)

**Nous désirons vos commentaires !  
Veuillez nous les faire parvenir ainsi que des suggestions de  
thèmes à développer à l'adresse suivante  
[pharmacists@skincareguide.com](mailto:pharmacists@skincareguide.com)**

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

*Leo Pharma Inc.*

*Allergan, Inc.*

*Galderma Canada Inc.*

*Berlex Canada Inc.*

*GlaxoSmithKline Consumer Healthcare Canada*

© 2006 par Skin Care Guide.com Ltd. Skin Therapy Letter<sup>®</sup> - Édition des pharmaciens est publiée tous les trimestres par Skin Care Guide.com Ltd., 1107-750 West Pender, Vancouver, Colombie britannique, Canada, V6C 2T8. Tous droits réservés. Toute reproduction en tout ou en partie, par quelque procédé que ce soit, est strictement interdite sans l'autorisation préalable par écrit de l'éditeur. Bien que tous les efforts nécessaires soient faits pour qu'il n'apparaisse dans la Skin Therapy Letter<sup>®</sup> - Édition des pharmaciens, 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.