

Skin Therapy Letter[®]

Volume 2 • Numéro 1 • Mars 2007

Évidence clinique. Conseils pratiques.

Rédacteur en chef: Dr Stuart Maddin

Dr Stuart Maddin, M.D., FRCPC

RÉDACTEUR EN CHEF

Le Dr Stuart Maddin, président de Skin Care Guide, est un des dermatologues le plus connu et le plus respecté d'Amérique du Nord. Il est aussi l'auteur



de nombreux articles publiés dans des revues de dermatologie, de monographies et de manuels. En plus d'être un médecin-consultant auprès d'un certain nombre de compagnies pharmaceutiques et biotechnologiques, il est directeur du centre des essais cliniques au Département de dermatologie de l'Université de Colombie-Britannique. Dr Maddin a également agi en tant que conseiller auprès d'administrations et services gouvernementaux chargés de l'application des règlements sur les médicaments comme la Direction générale de la protection de la santé (Ottawa), le Comité de liaison de la AAD-FDA et l'OMS (Genève). Fondateur des Symposiums de mise à jour en dermatologie (ils ont déjà 24 ans), il est l'ancien président de l'Association canadienne de dermatologie et a été secrétaire général du Comité international de dermatologie pour la Ligue internationale des sociétés de dermatologie.

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.

Les soins de la peau : un traitement d'appoint pour les maladies cutanées

C.B. Lynde; J.N. Kraft, M.D.; C.W. Lynde, M.D., FRCPC

Faculté de médecine, Université de Toronto, Toronto, Canada

Introduction

Il est très important d'avoir un bon programme de soins de la peau qui combine les traitements avec prescription et sans prescription pour les multiples problèmes dermatologiques. De nombreux dérèglements de la peau peuvent avoir pour cause un désordre dermatologique primaire mais il faut se rappeler que les maladies systémiques et les médicaments prescrits pour d'autres maladies peuvent aussi entraîner des problèmes de peau. Un programme de soins de la peau quotidien est un élément clé de la gestion de nombreuses maladies de peau. Il est important d'éduquer les patients sur les changements de comportement qu'ils peuvent assumer sur une base quotidienne, en plus de la thérapie prescrite.

Peau sèche*Causes dermatologiques*

- Eczéma atopique
- Dermite astéototique
- Ichtyose
- Eczéma de contact irritant
- Acné vulgaire
- Rosacée
- Eczéma irritant induit par les rétinoïdes
- Psoriasis
- Thérapies et procédés cosmétiques

Causes systémiques

- Défaillance rénale
- Diabète
- Hypothyroïdie
- Malnutrition

Causes thérapeutiques

- Rétinoïdes systémiques (par exemple: isotrétinoïne [Accutane[®]]).
- Inhibiteurs des récepteurs du facteur de croissance épidermique (par exemple : cétuximab [Erbix[®]]).
- Radiothérapie, chimiothérapie

Traitement d'appoint

Éducation du patient

- Apprendre à reconnaître les poussées et à les traiter immédiatement.

Bain

- Le bain est préférable à la douche, eau tiède, 5 à 10 minutes, une ou deux fois par jour.
- Utiliser des produits nettoyants doux (par exemple : Nettoyant Cetaphil[®], Nettoyant Toleraïne[®]).
- Ajouter une huile hydratante (par exemple : Huile de bain Keri[®]).

Buanderie

- Utiliser des détergents doux sans parfum.
- Sans eau de Javel ni adoucisseur de tissu.

Soins de la peau

- Utiliser des nettoyants doux.
- Appliquer 3 à 5 minutes après le bain.
- Éviter les lotions fluides; appliquer des produits riches en acides gras essentiels et qui comportent une combinaison adéquate de produits humectants, émoullissants et occlusifs.

Précautions environnementales

- Éviter les tissus rugueux, le chlore, les solvants et le stress.

Peau qui démange

Causes dermatologiques

Localisées

- Eczéma atopique
- Urticaire
- Piqûres d'insectes
- Lichen plan
- Névrodermite circonscrite
- Psoriasis

Généralisées

- Prurit hivernal
- Infestations (par exemple : poux, gale)
- Prurit de peau sénescence

Causes systémiques

- Insuffisance rénale
- Maladie hépatique (obstruction des voies biliaires)
- Endocrines / métaboliques (hyper / hypothyroïdie, diabète, goutte)
- Neurologiques (sclérose en plaques, zona post-herpétique, dépression, lésions des nerfs périphériques)
- Néoplastiques (leucémie, lymphome, myélome multiple, tumeurs malignes internes)
- Hématologiques (hémochromatose, anémie ferriprive)
- Infectieuses (VIH, hépatite C)

Causes thérapeutiques

- Opiacés
- Mésalazine
- Réactions médicamenteuses (éruptions exanthémateuses,

érythème pigmenté fixe, urticaire / œdème de Quincke) aux antibiotiques, antihypertensifs, hypocholestérolémiants, etc.

- Radiothérapie, chimiothérapie

Traitement d'appoint

- Voir la gestion de la peau sèche, ci-haut.

Mesures de style de vie

- Diminuer la consommation d'alcool.
- Réduire le stress.
- Éviter les irritants, par exemple : pas de tissu rude, savon doux.
- Bien rincer les vêtements pour éliminer les détergents.
- Utiliser de l'huile de bain ou du bicarbonate de soude.
- Appliquer régulièrement un hydratant après le bain.
- Se rafraîchir avec des compresses d'eau froide ou des hydratants refroidis.

Agents topiques

- Menthol 1 % et/ou camphre ¼ %-½ % dans une crème aqueuse (garder réfrigéré).
- Une combinaison de produits avec menthol, avoine colloïdale et beurre de karité (il n'est pas nécessaire de mélanger).

Agents systémiques

- Antihistaminiques

Précautions environnementales

- Éviter les tissus rugueux, le chlore, les solvants et le stress.
- Penser à des tests d'allergie pour déterminer la sensibilité particulière.

Photosensibilité

Causes dermatologiques

- Lucite
- Prurigo actinique
- Urticaire solaire
- Prurit braccioradial

Causes systémiques

- Lupus érythémateux aigu disséminé
- Porphyrines
- VIH

Causes thérapeutiques

- Doxycycline, minocycline, tétracycline
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens
- Triméthoprime-sulfaméthoxazole
- Diurétiques thiazidiques
- Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine

- Antimalariques
- Goudron de houille et dérivés
- Chlorpromazine
- Procaïnamide
- Dérivés de la vitamine A (par exemple : isotrétinoïne [Accutane®], acide rétinoïque topique [Retin-A®])
- Agents de dépigmentation cutanée (par exemple : hydroquinone, acide kojique)

Traitement d'appoint

- Éviter le soleil.
- Porter des vêtements enveloppants.
- Se protéger avec un produit FPS 15 au minimum, avec des écrans solaires à large spectre.
- Antihistaminiques si nécessaire.

Psoriasis

Cause systémique

- Infection post-streptococcique

Causes thérapeutiques

- Agents β-bloquants
- Lithium
- Phénomène de rebond corticostéroïdique
- Antimalariques

- Interféron
- Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine

Traitement d'appoint

- Hydratants
- Antihistaminiques
- Éviter les coups de soleil
- Éviter les médicaments qui aggravent la pathologie

Cuir chevelu squameux

Causes dermatologiques

- Psoriasis

- Dermite séborrhéique
- Pellicules

Cuir chevelu squameux (suite)

Traitement d'appoint

- Acide salicylique 1-12 % +/- d'huile d'olive, huile minérale
- Shampoings avec sulfure de sélénium, pyrithione de zinc

- Goudron (par exemple : solution de goudron de houille 10 % à 20 %; goudron de houille dans une pommade de corticostéroïde : topique – Liqueur Carbonis Detergens)

Boutons / Acné

Causes dermatologiques

- Acné vulgaire

Causes systémiques

- Hyperandrogénismes (par exemple : syndrome des ovaires polykystiques)
- Facteurs hormonaux liés aux menstruations
- N.B.: les aliments ne sont pas un facteur aggravant important

Causes thérapeutiques

- Produits cosmétiques avec lipides et beurre de cacao
- Huiles lourdes, graisses et goudrons
- Médicaments topiques avec goudrons, pommades, corticostéroïdes
- Corticostéroïdes
- Androgènes
- Halogènes (par exemple : chloracné)

- Lithium
- Antituberculeux (par exemple : isoniazide)
- Antiépileptiques (par exemple: carbamazépine, phénytoïne)
- Certaines formes de contraceptifs oraux

Traitement d'appoint

- Utilisation quotidienne de savons ou nettoyants pour le visage formulés pour les peaux grasses

- Lotions nettoyantes faibles en peroxyde benzoyle
- Hydratant non comédogène

Pour les patients prenant des rétinoïdes systémiques (par exemple : isotrétinoïne)

Yeux: gouttes salines

Nez: gelée de pétrole

Lèvres: baume pour les lèvres

Peau sèche: hydratants quotidiens

Rosacée

Causes thérapeutiques

- Niacine

Traitement d'appoint

- Éviter les facteurs aggravants qui provoquent des rougeurs et des télangiectasies : aliments épicés, alcool, boissons chaudes et activités qui donnent chaud.
- Avertir les patients de ne pas appliquer des corticostéroïdes puissants sur le visage.

- Les thérapies médicales aident à régler les pustules, les papules et l'érythème mais semblent avoir un effet minime sur la suppression des rougeurs et des télangiectasies existantes.
- Certaines thérapies au laser peuvent être efficaces.
- Le camouflage cosmétique (par exemple : Cover FX®) peut être particulièrement utile pour les femmes.
- Méthylsulfonylméthane + Silymarine (Rosacure®) aide à réduire l'érythème

Conseils éclairés

- Éduquer le patient tout en lui offrant des thérapies d'appoint peut aider à réduire la frustration et améliorer l'adhésion au traitement.
- Mettre en pratique un programme simple de soins de la peau, par exemple: lotion nettoyante et hydratant pour le visage quotidiens.

Écrans solaires

- Appliquer avant d'aller au soleil un produit à spectre large, stable à la lumière avec un FPS >15.
- Répéter souvent.
- Application généreuse pour une efficacité maximale.

Goudron et dérivés

- Tache les vêtements de jaune
 - Appliquer le soir, avant le coucher, le long de la ligne du cuir chevelu pour éviter la folliculite.
 - Utiliser de vieux draps pour ne pas craindre de les salir.

- Jaunit les cheveux blancs
 - Les patients aux cheveux blancs doivent être mis en garde contre l'usage du goudron sur le cuir chevelu.

Peroxyde de benzoyle

- Décolore les tissus. Pour réduire les risques:
 - Employer une serviette blanche pour sécher le visage après usage.
 - Éviter tout contact avec du tissu jusqu'à ce que la peau soit sèche.
 - Utiliser la nuit pour éviter de décolorer les vêtements.

Antihistaminiques

- Avertir le patient de leur effet sédatif et penser à conseiller l'usage d'antihistaminiques non sédatifs pendant le jour (par exemple : cétirizine [Reactine®], desloratadine [Aerius®]).

Conclusion

Les pharmaciens peuvent jouer un rôle important auprès des patients qui ont des problèmes de peau, en reconnaissant les causes des symptômes de peau courants et en recommandant une thérapie appropriée. Ils peuvent présenter aux patients des stratégies comportementales propres à diminuer la gravité et la répétition de la maladie, et les aider à choisir des produits bien adaptés à leur problème cutané personnel. Au cours de la consultation, il est bon de répondre aux inquiétudes du patient mais il est encore mieux d'agir en lui offrant les meilleurs soins possibles.

Présentation des corticostéroïdes pour le traitement du psoriasis

G. P. Raymond, M.D., FRCPC, DABD; M.-C. Houle, M.D.

Service de dermatologie, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada

Les différentes puissances

L'introduction, dans les années 50, de l'hydrocortisone topique a révolutionné le traitement du psoriasis et des autres maladies inflammatoires de la peau.

- L'ajout supplémentaire des chaînes latérales et de l'halogénéation a augmenté la puissance des corticostéroïdes topiques.
- Ce qui a créé un plus grand nombre d'options de traitements pour le psoriasis.

Ces composés peuvent être classés en différents groupes selon leur puissance. Voir tableau 1.

Classe	Puissance	Corticostéroïdes
I	Extrêmement puissants	Clobétasol (propionate)
II	Super puissants	Bétaméthasone (dipropionate) (excipient optimisé) Halobétasol (propionate)
III	Très puissants	Amcinonide Désoximétasone Fluocinonide Halcinonide Mométasone (fuorate)
IV	Puissants	Bétaméthasone (dipropionate) (excipient habituel)
V	Modérément puissants	Bétaméthasone (valérate) Diflucortolone (valérate) Fluocinolone (acétonide) Hydrocortisone (valérate) Triamcinolone (acétonide)
VI	Faibles	Désonide Prednicarbate
VII	Très faibles	Dexaméthasone Fluméthasone Hydrocortisone Méthylprednisolone Prednisolone Fluticasone (propionate)

Tableau 1: Quelques corticostéroïdes d'usage courant identifiés par puissance en 7 différentes classes.

L'importance de l'excipient

Jusqu'au milieu des années 70, on ne croyait pas que l'excipient d'un médicament topique avait un impact quelconque sur la puissance et l'efficacité d'une préparation donnée.

- Lors de l'essai d'une nouvelle molécule, on mélangeait au hasard différentes concentrations dans diverses préparations afin d'observer son effet sur la peau malade.
- Une recherche plus contrôlée a permis aux chercheurs de déterminer que la pénétration d'un corticostéroïde donné peut être grandement améliorée par l'addition :
 - de propylène glycol
 - d'acide salicylique
 - d'éthanol
- Depuis, de nombreux composés ont été mis au point avec divers excipients dans le but d'augmenter leur efficacité.
- L'excipient n'est pas seulement ce qui permet de mettre le médicament au contact de la peau mais il est le lien entre la

puissance du médicament et l'efficacité thérapeutique.

- Il s'agit d'un équilibre entre de nombreux produits chimiques d'une ingénierie poussée.
 - Chacun a son utilité, de façon séparée ou en se chevauchant, pour parvenir aux caractéristiques d'un bon excipient.
- Les caractéristiques d'un bon excipient:
 - stable physiquement et chimiquement
 - ne rend pas le médicament inactif
 - non irritant, hypoallergène
 - esthétiquement acceptable
 - d'usage facile
 - permettant la libération adéquate du médicament.
- La même molécule de corticostéroïde peut se qualifier dans différentes classes lorsqu'elle est incorporée dans différents excipients.

L'importance de l'excipient (suite)

- Par exemple : le dipropionate de bétaméthasone est prescrit sous forme de pommade Diprolene 0,5 % et de pommade Diprosone 0,5 %, respectivement étiquetée dans la classe II et IV.
- Généralement, les composés plus riches en propylèneglycol ont une plus grande efficacité.
- Habituellement, les pommades sont plus puissantes que les crèmes et les lotions.
- Il est important de se rappeler que les crèmes, gels, lotions,

solutions peuvent être spécifiquement formulés pour être, dans certains cas, presque aussi puissants que les pommades.

- L'excipient peut souvent avoir des effets non spécifiques bénéfiques grâce à ses propriétés rafraîchissantes, protectrices, émoullientes, occlusives ou astringentes.
 - Il ne faut pas oublier ces effets. Car c'est l'acceptabilité et l'efficacité d'une préparation qui suscitera l'observation de la prescription par le patient.

Produits génériques ou de marque

- Il n'existe pas d'étiquetage comparatif pour confirmer la même efficacité entre des produits génériques et de marque.
- La puissance des produits génériques n'est pas toujours équivalente aux préparations de marque et vice-versa.
- Il y a variabilité entre les différentes préparations génériques; l'effet de l'excipient sur la puissance de la préparation est à souligner.

L'usage approprié des stéroïdes dans les divers problèmes de peau

Depuis leur introduction, les corticostéroïdes topiques sont devenus un pivot dans le traitement de nombreuses maladies de peau comme le psoriasis. Toutefois, pour faire un usage correct des corticostéroïdes topiques, le médecin doit d'abord choisir la puissance désirée en se basant sur :

- L'âge du patient :
- Les enfants ont un rapport plus grand entre la surface corporelle et la masse et sont moins aptes à métaboliser rapidement des glucocorticoïdes puissants.
- Ne prescrire aux très jeunes enfants que de très faibles corticostéroïdes particulièrement au niveau de la zone des fesses et des plis.
- Les patients âgés ont une peau plus mince et il faut donc utiliser avec prudence les corticostéroïdes puissants.
- Le genre de maladie :
 - Toutes ces pathologies répondent très bien aux corticostéroïdes topiques : eczéma atopique, érythème fessier du nourrisson, psoriasis intertrigineux, dermatite séborrhéique.
 - Utiliser des puissances moyennes à faibles.

- La région :
 - La pénétration à travers les paupières et le scrotum est quatre fois plus grande qu'à travers le front et 36 fois plus grande qu'à travers les paumes des mains et la plante des pieds.
 - Des régions occluses comme les plis de flexion, les aisselles, le scrotum absorbent les corticostéroïdes plus rapidement. Utiliser des préparations faibles.
 - Généralement, les corticostéroïdes halogénés (par exemple : Classe I à V excepté l'hydrocortisone – 17 – valérate) ne devraient pas être utilisés sur le visage et seulement exceptionnellement dans les plis de flexion.
 - Les corticostéroïdes topiques sont mieux absorbés par une peau humide.
- La gravité et l'étendue des lésions.
- La grossesse (la plupart des corticostéroïdes sont dans la catégorie C).

Les corticostéroïdes topiques doivent être appliqués en faible quantité. Bien faire pénétrer dans la partie affectée. La règle générale quant à la quantité de crème ou de pommade à utiliser, est la grosseur d'un pois pour une surface de 5 cm x 5 cm de peau.

Effets indésirables

Les effets indésirables des corticostéroïdes topiques augmentent avec la puissance de la préparation. Médecins et pharmaciens doivent être familiers avec les effets indésirables les plus fréquents des corticostéroïdes tels que :

- sensations de piqure et de brûlure à l'application
- atrophie épidermique et dermique (habituellement après plusieurs semaines d'usage)
- eczéma périoral, rosacée et acné stéroïdiques
- suppression de l'axe HHS (surtout les puissants)

- purpura / ecchymoses au moindre coup
- tachyphylaxie (épuisement rapide d'un effet pharmacologique)
 - Peut survenir aussi rapidement qu'après une semaine mais prend généralement plusieurs semaines à un mois pour se manifester.
 - Interrompre l'administration pendant 4 à 7 jours, puis recommencer le traitement est bénéfique pour enrayer la tachyphylaxie.

Conclusion

Comme pour tous les médicaments prescrits, il est important d'exercer une bonne supervision. Un suivi du patient par son médecin permet d'optimiser les résultats favorables et minimiser les effets indésirables d'un traitement avec des corticostéroïdes topiques. Médecins et pharmaciens doivent être conscients de l'importance et des différences des divers excipients alors qu'ils prescrivent des corticostéroïdes topiques.

Les écrans solaires

J.K. Rivers, M.D., FRCPC

*Département de dermatologie et de science cutanée, Université de Colombie-Britannique et
Pacific DermAesthetics, Vancouver, Canada*

Le soleil et l'exposition aux rayons ultraviolets

La lumière ultraviolette (U.V.) en provenance du soleil est la principale cause environnementale d'agression solaire ainsi que de la plupart des cancers de la peau. Ses effets sont cumulatifs exigeant une protection quotidienne tout au long de la vie.

- 70 % des Américains réalisent que l'exposition au soleil entraîne des lésions cutanées. [Fitzpatrick TB. *Arch Derm* 124:869-871 (1998).]
- À 18 ans, les Américains ont eu moins de 25 % de la dose d'U.V. prévus pour leur vie. À 60 ans, ils en ont absorbé 80 %. [Godar DE, et al. *Photochem Photobiol* 77(4):453-7 (2003 Apr).]

Écrans solaires

- L'emploi d'écrans solaires a grimpé de 35 % en 1986 à 53 % en 1996. [Robinson JK, et al. *J Am Acad Dermatol* 37:179-86 (1997).]
- Selon un sondage réalisé par l'American Academy of Dermatology en 2003, seulement 47 % des femmes et 33 % des hommes ont déclaré utiliser un écran solaire régulièrement. [American Academy of Dermatology. 2005 Skin Cancer Survey Fact Sheet. URL: www.aad.org]
- Plus de la moitié des adolescents ne font pas trop attention ou ne font pas attention du tout à la protection de leur peau lors de l'exposition au soleil. [American Academy of Dermatology. 2005 Skin Cancer Survey Fact Sheet. URL: www.aad.org]
- Selon le lieu et l'altitude, l'application d'un écran solaire quotidien peut être nécessaire à l'année longue, et non seulement pendant les chauds mois de l'été ou lors d'une exposition prolongée.
- De nombreuses personnes ignorent qu'une application quotidienne est importante pour la prévention des lésions cutanées.
- L'oubli de se protéger du soleil 1 jour sur 4 peut abaisser les mécanismes de défense de la peau et augmenter les effets du photovieilissement. [Philips TJ, et al. *J Am Acad Dermatol* 43(4):610-18 (2000).]
- Deux genres d'écrans solaires:
 - Organique ou chimique : la protection contre les U.V. s'obtient par l'absorption de l'énergie des rayons ultraviolets.
 - Inorganique ou physique: oxydes métalliques ou filtres U.V. particuliers, qui sont des particules insolubles qui réfléchissent les U.V.A et les U.V.B.

Indice de protection solaire (FPS)

- Le FPS indique combien de temps supplémentaire on peut rester au soleil sans brûler avec une protection, comparé à une exposition sans protection.
- Le FPS n'est en rapport qu'avec la protection U.V.B et il n'indique pas si le produit protège adéquatement contre les rayons U.V.A. Cependant, un indice de protection solaire plus élevé est généralement en rapport avec une certaine protection plus élevée aux U.V.A.
- Les experts s'entendent sur la nécessité d'une photoprotection à spectre large, chaque jour, toute l'année, d'au moins FPS 15, celle-ci étant l'élément clé d'une stratégie de lutte contre le soleil sans risque pour réduire les effets cumulatifs de l'exposition aux rayons ultraviolets solaires au cours de la vie.
- Le FPS est une évaluation de laboratoire qui ne reflète généralement pas l'usage courant qui en est fait.
 - FPS 15 est le niveau minimal recommandé.
 - Théoriquement cela signifie que quelqu'un peut rester au soleil sans brûler 15 fois plus longtemps que sans protection. Cependant même ainsi, l'exposition prolongée au soleil ne devrait pas être encouragée.
 - Le niveau de filtration des U.V. n'est pas proportionnel au FPS. La quantité de transmission des U.V. est de 1/FPS : ainsi avec un FPS de 2, 50 % de la lumière U.V. est transmise. Avec un FPS de 30, 97 % de la lumière U.V. est bloquée (1/30 est transmise).
- Les produits plus légers et esthétiquement agréables dans lesquels on a incorporé les bases avec FPS sont mieux utilisés, avec plus de régularité et en quantité suffisante pour fournir la protection U.V. escomptée.

Protection U.V.A

- Pour le moment, il n'existe pas de test normalisé pour une protection U.V.A en Amérique du Nord.
- Les différents filtres ont des profils d'absorption différents dans la gamme des U.V.A et ils ne sont pas tous comparables. Ces filtres doivent être soigneusement combinés pour offrir une protection stable à la lumière à travers le spectre des U.V.A.
- Certains filtres U.V. sont dégradés par la lumière du soleil et à moins d'être chimiquement stabilisés, ils perdent de leur efficacité assez rapidement.

Protection U.V.A (suite)

Application de l'écran solaire

- On conseille d'appliquer 15 à 20 minutes avant de sortir à l'extérieur et de répéter une application toutes les 2 heures ou suite à la nage ou à un gros effort.
- Habituellement, les gens n'utilisent que la moitié de la quantité nécessaire pour une pleine protection.
- La quantité recommandée est 2 mg / cm² de peau ou 30 ml (2 cuillères à soupe) pour tout le corps ou 2,5 ml (1/2 cuillère à café) pour un bras.
 - Des études publiées indiquent que la quantité généralement utilisée est beaucoup moindre:
 - 0,5 mg / cm² [Bech-Thomsen N, et al. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 9(6):242-4 (1992-1993 Dec).]
 - 1,0 mg / cm² [Stenberg C, et al. *Arch Dermatol* 121(11):1400-2 (1985 Nov).]
- Lors d'un test sur l'usage d'un écran solaire, à double inconnue, d'une durée d'une semaine, on a comparé les

habitudes d'application des consommateurs selon qu'ils employaient un produit FPS 30 versus un produit FPS 15 :

- Les produits qui semblaient épais avec un FPS plus élevé étaient appliqués plus parcimonieusement.
- Les produits pensés comme des cosmétiques avec un FPS plus faible étaient utilisés plus régulièrement et en quantité suffisante pour fournir la protection recherchée.[Grosick TL, et al. Efficacy as used, not as tested, is true measure of sunscreen performance. Présenté à : the 62nd Annual Meeting of the American Academy of Dermatology ; février 2004 ; Washington, DC, USA.]
- La plupart des dermatologues recommandent un FPS 30. Les produits avec un FPS plus élevé peuvent offrir une meilleure protection U.V.A.

Les écrans solaires et le cancer

- Les écrans solaires protègent efficacement la peau contre les kératoses séniles et les épithéliomas malpighiens spinocellulaires de la peau.
- On n'a pas démontré qu'ils réduisaient l'incidence d'un premier carcinome basocellulaire, mais il est possible qu'ils prolongent le temps du développement de la seconde lésion.
- Lors d'une analyse quantitative des études qui traitent de l'usage des écrans solaires et du risque de mélanomes, Dennis et al. n'ont relevé aucune association entre les deux facteurs.[Dennis LK, et al. *Ann Intern Med* 139(12):966-78 (2003 Dec 16).]

La controverse de la vitamine D

Le spectre d'action des U.V. causant des lésions à l'ADN menant au cancer de la peau et celui causant la photosynthèse de la vitamine D sont virtuellement identiques. Ainsi, les effets bénéfiques et maléfiques de l'irradiation U.V. sont inséparables et ont soulevé l'argument suivant : éviter le soleil, dans le but de prévenir le cancer de la peau, pourrait compromettre un apport adéquat en vitamine D.[Wolpowitz D, et al. *J Am Acad Dermatol* 54(2):301-17 (2006 Feb).]

Afin d'analyser les risques et les avantages des écrans solaires sur la vitamine D, Nash et al. ont évalué la production de vitamine D basée sur des mesures suite à une exposition au soleil et ils ont déterminé l'impact d'un écran solaire FPS 15 sur les taux de vitamine D chez les humains. L'étude comprenait 92 femmes adultes situées dans 5 différentes localités géographiques et elle a démontré que l'association alimentation et soleil, même avec un usage quotidien d'un écran solaire FPS 15, permettait un apport adéquat en vitamine D.[Nash JF, et al. *J Am Acad Dermatol* 52(3):161 (2005).]

Autres solutions de bronzage

Lits de bronzage

- À éviter.
- Les U.V. qu'ils soient en provenance du soleil ou d'un lit de bronzage, peuvent causer le cancer de la peau et la production de rides.
- Penser à utiliser plutôt des produits autobronzants.

Autobronzants

- Le principal ingrédient est le dihydroxyaxétone, une poudre cristalline blanche hygroscopique.
- Les autobronzants en lotion ou en aérosol sont une alternative sans risque au bronzage.

- Ils produisent une couleur sur la surface de la peau par le biais d'une réaction chimique.
- Ils n'offrent pas une grande protection contre le soleil. La plupart ont un FPS de 3 ou 4.[Drealos Z. *Am J Clin Dermatol* 3(5):317-8 (2002).]
- En association avec un autobronzant, il faudrait utiliser un écran solaire d'au moins un FPS 15 (par exemple : Olay[®] Complete, Anthelios[®] L ou S, Neutrogena[®] Écran pour peau sensible, Ombrelle[®]).

Conclusion

Les écrans solaires jouent un rôle important dans la protection solaire globale. Cependant, il faudrait les employer conjointement avec d'autres mesures de protection solaire comme les vêtements, les chapeaux et les lunettes de soleil.

ABONNEZ-VOUS GRATUITEMENT !

Skin Therapy Letter[®]

Édition des pharmaciens

Rédacteur en chef: Dr Stuart Maddin

Visitez le 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 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:
pharmacists@skincareguide.com**

Les compagnies suivantes nous ont accordé une subvention à l'éducation sans restriction pour la distribution de cette publication en 2007 :

<i>Altana Pharma</i>	<i>LEO Pharma Inc.</i>
<i>Galderma Canada Inc.</i>	<i>Procter & Gamble</i>
<i>GlaxoSmithKline Consumer Healthcare Canada</i>	<i>Stiefel Laboratories</i>

© 2007 par SkinCareGuide.com Ltd. Skin Therapy Letter[®] - Édition des pharmaciens 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 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.