

Skin Therapy Letter[®]

Volume 1 • Numéro 2 • Septembre-Octobre 2006

Évidence clinique. Conseils pratiques.

Rédacteur en chef: Dr Stuart Maddin

Dr Stuart Maddin, M.D., FRCPCRÉDACTEUR 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.

**Sandra Knowles, RPh, BScPhm**
CONSEILLÈRE PHARMACIENNE

Sandra Knowles est diplômée de l'Université de Toronto (BscPharm) et a complété sa résidence à l'hôpital Sunnybrook. Elle travaille présentement à la Drug Safety Clinic and Dermatology Clinic au Sunny Health Sciences Centre. Elle a beaucoup écrit et publié sur les réactions cutanées dues à l'action des médicaments.



La gestion de la peau qui démange

R. Vender, M.D., FRCPC

Département de dermatologie de la *McMaster University* et
directeur des essais dermatologiques à *Hamilton, Ontario*

La peau qui démange est une plainte couramment entendue dans la pratique de médecine familiale ainsi qu'en dermatologie. Les causes des démangeaisons sont extrêmement variées et répandues. Un sous-groupe de neurones nociceptifs C est responsable de la transmission de la démangeaison ou prurit. Ces médiateurs (principalement l'histamine) peuvent agir de manière centralisée ou périphérique. Une maladie de peau qui peut causer un prurit peut entraîner son origine dans la peau ou même dans les systèmes nerveux centraux ou périphériques.

Maladies dermatologiques avec prurit

Un grand nombre de maladies dermatologiques débutent par ou sont accompagnées d'un prurit.

Maladie dermatologique	Cause
Infestation	<ul style="list-style-type: none"> • gale • pédiculose • morsures d'arthropode • dermatite des nageurs
Inflammation	<ul style="list-style-type: none"> • dermatite atopique • dermatite de stase • eczéma de contact • névrodermite circonscrite • urticaire • psoriasis, parapsoriasis • lichen obtusus corné • hypersensibilité médicamenteuse • mastocytose • maladie bulleuse, par exemple : dermatite herpétiforme, pemphigoïde bulleuse • pityriasis rubra pilaire • lucite • folliculite pustuleuse éosinophile (maladie d'Ofuji) • prurigo • papules et plaques prurigineuses de la grossesse

Maladies dermatologiques avec prurit (suite)

Maladie dermatologique	Cause
Infections	<ul style="list-style-type: none"> • mycoses, par exemple : teigne inflammatoire • infections bactériennes, par exemple : folliculite • infections virales, par exemple : varicelle
Néoplasique	<ul style="list-style-type: none"> • Lymphome T
Héréditaire ou congénitale	<ul style="list-style-type: none"> • maladie de Darier • maladie de Hailey et Hailey • nævus épidermique verruqueux linéaire inflammatoire
Autres	<ul style="list-style-type: none"> • xérosis, eczéma craquelé • prurit sénile • prurits ano-génitaux • démangeaisons des cicatrices • nostalgie paresthésique • amyloïdose, mucinose • prurit suivant une brûlure et une attaque d'apoplexie • dermatite de la fibre de verre • prurit aquagénique

Catégories de traitement du prurit

Thérapie causale	<ul style="list-style-type: none"> • identification et traitement de la maladie sous-jacente
Traitement symptomatique	<ul style="list-style-type: none"> • éducation du patient • élimination des facteurs provocateurs • thérapie topique <ul style="list-style-type: none"> - corticostéroïdes pour les conditions inflammatoires - inhibiteurs de la calcineurine, par exemple : tacrolimus (Protopic®) et pimécrolimus (Elidel®) - crotamiton (Eurax®) - hydratants • thérapie systémique <ul style="list-style-type: none"> - antihistaminiques <ul style="list-style-type: none"> • la sédation peut être bénéfique particulièrement dans l'eczéma - corticostéroïdes • médecine physique : photothérapie <ul style="list-style-type: none"> - UVB - UVA - PUVA

Traitement de problèmes cutanés spécifiques

Dermatite atopique

L'hydratation de la peau est extrêmement importante pour rétablir le contenu hydrique de la peau et prévenir les pertes en eau. Il est bénéfique de préserver sa fonction barrière et de la protéger contre toutes les agressions physiques et chimiques. Les hydratants devraient avoir les ingrédients suivants : émoullissants, humectants, occlusifs, agents calmants et anti-irritants.

Les antihistaminiques oraux, particulièrement ceux qui possèdent des propriétés sédatives, comme par exemple l'hydroxyzine (Atarax®) ou la diphenhydramine (Benadryl®), peuvent être utiles pour les patients souffrant de prurit. La doxépine (Sinequan®), un antidépresseur aux puissantes propriétés antihistaminiques, peut aussi être utile. Les acides alpha-hydroxyques peuvent diminuer la desquamation et la rugosité. L'usage de vitamines et d'anti-oxydants topiques est controversé parce que leur efficacité n'est pas très évidente.

Traitement de problèmes cutanés spécifiques (suite)

Urticaire

La sécrétion d'histamine joue un rôle central dans l'urticaire. Un allergologue peut investiguer de nombreuses causes à un urticaire. Les antihistaminiques oraux, sédatifs ou non, sont bénéfiques. Les antihistaminiques non sédatifs tels que la loratadine (Claritin®), la desloratadine (Clarinx®) ou la fexofenadine (Allegra) peuvent être utilisés en association avec des antihistaminiques sédatifs au coucher.

Démangeaisons hivernales

- L'air sec et froid des hivers canadiens augmente la perte hydrique transépidermique et entraîne une xérose (peau extrêmement sèche).
- Le chauffage, et plus particulièrement le chauffage électrique des maisons, réduit l'humidité dans l'air.
- La peau cherche à garder son équilibre ce qui aussi entraîne aussi une augmentation de la perte hydrique transépidermique.
- On peut être affecté à tout âge.
- Ceci peut exacerber des maladies cutanées sous-jacentes qui causent du prurit et ainsi aggraver encore plus le prurit.
- Limiter l'usage du savon. Des nettoyants sans savon sont utiles (par exemple : nettoyant doux émoullant, Spectrogel®, Spectroderm®, Cetaphil®).
- L'hydratation de la peau après le bain est extrêmement importante.

On possède de nouvelles données qui démontrent que les hydratants qui comportent de la niacinamide non seulement hydratent la peau mais encore améliorent la résistance de la peau à des facteurs externes et sa fonction barrière. Pour qu'un hydratant agisse rapidement, il faut qu'il contienne de la glycérine qui ajoute de l'humidité à la peau; mais la niacinamide prolonge cet effet bénéfique sur une plus grande période de temps.

Gestion

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Traiter la cause sous-jacente du prurit• Hydrater<ul style="list-style-type: none">- bénéfique pour la majorité des démangeaisons• Antihistaminiques<ul style="list-style-type: none">- sédatifs et non sédatifs (les sédatifs sont nécessaires pour les atopiques)- utiles pour le soulagement des symptômes• Crème de doxépine 5 % topique<ul style="list-style-type: none">- utile dans les névrodermites circonscrites• Crème 0,025 % de capsaïcine, par exemple : Zosterix®<ul style="list-style-type: none">- utilisée dans les algies postzostériennes• Lotion topique de menthol et de camphre<ul style="list-style-type: none">- recommandée pour les adultes- mal tolérée par les enfants• Crème ou lotion de crotamiton<ul style="list-style-type: none">- bénéfique dans la gale• Anesthésiques topiques tels que EMLA®<ul style="list-style-type: none">- utiles dans les névrodermites circonscrites | <ul style="list-style-type: none">• Inhibiteurs de la calcineurine tels que tacrolimus ou pimécrolimus<ul style="list-style-type: none">- approuvés dans la dermatite atopique• Thérapie systémique telle que les rayons ultraviolets B ou les PUVA à spectre étroit ou les PUVA<ul style="list-style-type: none">- prurit de la grossesse ou causes systémiques des démangeaisons• Corticostéroïdes topiques<ul style="list-style-type: none">- pour les maladies cutanées les plus inflammatoires• Analogues de la vitamines D3 topiques, par exemple : Dovonex®<ul style="list-style-type: none">- antipsoriasisique• La cholestyramine et les résines de colestipol sont utilisées pour maîtriser le prurit chez les patients qui souffrent de maladie de foie cholestatique. |
|---|---|

Conclusion

Le prurit a de multiples causes et divers diagnostics différentiels et son traitement et sa gestion sont non spécifiques. Cela rend le bilan d'un prurit non spécifique difficile. Grâce à une histoire minutieuse et un examen physique approfondi ainsi que quelques investigations en laboratoire, la majorité des problèmes graves peuvent être écartés et le prurit du patient peut être soulagé.

Le traitement des poux de la tête

C. H. Hong, M.D., FRCPC

Département de dermatologie, Université de Colombie-Britannique, Vancouver, Canada

Skinfit MD Clinic, Vancouver, Canada

Poux de la tête

On estime qu'un enfant sur dix, au Canada, subira cette année une infestation de poux, ce phénomène étant plus répandu que la rhume. Les infestations par les poux de la tête ou *Pediculus humanus capitis* sont courantes, surviennent dans le monde entier et affectent des individus de tout âge et de tous groupes socioéconomiques. Les poux sont des insectes suceurs non ailés. Ils sont difficiles à voir car ils s'adaptent pour prendre la couleur de leur environnement.

- L'infestation par les poux de la tête est la plus courante.
- Elle survient le plus souvent parmi les enfants d'âge scolaire, particulièrement les filles âgées de 3 à 11 ans.
- Elle est souvent épidémique.
- La probabilité de subir une infestation par les poux n'est pas reliée à l'hygiène personnelle et au statut socioéconomique.
- Elle ne transmet pas de maladies à diffusion par voie sanguine.
- Elle se transmet par contact proche de tête à tête ou par des objets susceptibles d'héberger les poux qui ont été mis au contact d'un cuir chevelu infesté et qui sont ensuite partagés comme les peignes, les brosses et les chapeaux.
- Les endroits les plus courants où peuvent éclater une épidémie sont les écoles, les garderies et les groupes d'enfants qui jouent ensemble.

Manifestations cliniques

Les poux de la tête sont bien entendu confinés au cuir chevelu et quoique les démangeaisons soient souvent le symptôme cardinal d'une infestation par les poux, ces derniers ne causent pas en eux-mêmes de démangeaisons et les piqûres sont indolores. Le prurit est le résultat de la réaction immunitaire du corps à la salive injectée dans la peau au moment du repas de sang. Le cuir chevelu peut présenter un érythème et une desquamation, et de petites bosses qui piquent peuvent apparaître à l'arrière du cou. De temps en temps, on peut observer une tuméfaction des ganglions du cou.

SEULE l'identification d'un pou vivant permet de poser un diagnostic. Les lentes ou œufs sont souvent des coquilles vides et ne permettent pas de diagnostiquer une infestation active. Les lentes sont souvent prises pour des pellicules, du sable, de la poussière ou du gel à cheveux séché.

Mythes et faits

Il existe d'innombrables mythes sur les poux de la tête qui amènent ceux qui y croient à ne pas suivre un traitement correctement et à croire que leur traitement des poux de la tête n'a pas réussi. Parmi ces mythes, on retrouve :

- Tous les enfants infestés de poux se grattent ou ont des démangeaisons. **Fait** : Une première infestation peut ne provoquer aucun signe ou symptôme pendant 4 à 6 semaines.
- Les poux sautent ou volent d'une tête à l'autre. **Fait** : Les poux peuvent être délogés de la tête par des mouvements d'air et donner ainsi l'apparence de voler.
- Les poux vivent dans les tapis, les lits, les vêtements et les divans. **Fait** : Un pou ne peut vivre que 24 heures en dehors d'un hôte humain.
- Les poux meurent immédiatement lors d'un traitement. **Fait** : Un pou peut prendre plusieurs heures (et jusqu'à 24 heures) avant de mourir à la suite d'un traitement.
- Un traitement unique suffit. **Fait** : Étant donné que les pédiculicides ont perdu de leur durée de rémanence, deux traitements sont recommandés pour tuer les nymphes nouvellement écloses.
- Les produits à base de perméthrine tuent 100 % des œufs. **Fait** : La perméthrine tue 70 % des œufs en un traitement.
- Toute la famille doit être traitée. **Fait** : Seuls ceux qui ont une infestation démontrée devraient être traités bien que tous devraient être examinés quotidiennement ou hebdomadairement.
- Les poux de la tête préfèrent les cheveux longs ou sales. **Fait** : Les poux sont indifférents à la longueur ou à la propreté des cheveux.

Options de traitement

Il existe une multitude de traitements naturels alternatifs au traitement des poux de la tête dont l'efficacité est douteuse tels que diverses huiles, la Vaseline®, le beurre d'arachide et la mayonnaise. Cependant, il n'existe aucune étude clinique démontrant l'efficacité de ces agents et plusieurs d'entre eux sont salissants et d'un usage difficile.

Options de traitement (suite)

La majorité des patients devra être traitée avec un produit commercial conçu pour l'éradication des poux. La plupart de ces produits sont disponibles en vente libre et ils agissent en attaquant le système nerveux du pou. Aucun pédiculicide est efficace à 100 %. Pour une efficacité maximale du pédiculicide, il faut l'appliquer sur des cheveux secs ou presque secs. Appliquer généreusement afin que le produit puisse bien pénétrer dans les poux et les lentes et laisser agir tout le temps recommandé.

- Perméthrine – Après-shampoing à 1 % (Nix®/Kwellada P®)
 - Laver les cheveux et les sécher avec une serviette; puis appliquer au moins 25 ml, et jusqu'à 50 ml pour des cheveux épais ou longs, sur les cheveux et le cuir chevelu particulièrement derrière les oreilles et sur la nuque.
 - Laisser agir un minimum de 10 minutes puis rincer à l'eau fraîche au-dessus du lavabo et non sous la douche ou dans le bain.
 - Coiffer les cheveux encore mouillés avec un peigne à lentes pour éliminer les poux moribonds et les lentes.
 - On conseille un deuxième traitement 7 jours après la première application pour une efficacité maximale.
 - L'absorption systémique est minimale et les risques de toxicité sont faibles.
 - Contre-indiqué chez les patients hypersensibles au chrysanthème.
- Pyréthrinés en synergie (R & C® Shampoing revitalisant)
 - Appliquer sur les cheveux et le cuir chevelu à sec, particulièrement derrière les oreilles et sur la nuque. **Les cheveux doivent être complètement secs.**
 - Laisser agir pendant 10 minutes puis ajouter de l'eau et faire mousser. Rincer à l'eau fraîche au-dessus d'un lavabo. Ne pas utiliser de revitalisant.
 - Faire un second traitement 7 jours plus tard pour une efficacité maximale.
 - Faible risque de toxicité.
 - Ne pas utiliser en présence d'une allergie ou d'une intolérance reconnue au chrysanthème ou à l'herbe à poux.
- Shampoing au lindane 1%
 - Solution économique.
 - Appliquer sur des cheveux secs et laisser agir 5 minutes.
 - Rincer le produit avec de l'eau fraîche au-dessus d'un lavabo (pas sous la douche ou dans le bain).
 - Coiffer les cheveux avec un peigne à lentes pour éliminer les poux moribonds et les lentes.
 - Mise en garde : Neurotoxicité à forte dose et lors d'expositions multiples.
 - Déconseillé pour les nouveaux-nés, les enfants de moins de deux ans, les femmes enceintes et allaitant ou ceux qui possèdent une histoire de crises d'épilepsie.
 - Résistance qui persiste pour plus de deux décennies.

Peu importe le genre de traitement recommandé, les patients devraient être encouragés à utiliser un peigne à lentes (peigne en métal à dents serrées) tel que le peigne Licemeister®, sur les cheveux mouillés afin d'éliminer manuellement les lentes qui peuvent se souder à la tige du cheveu. Les patients traités doivent être surveillés pour une réinfestation.

Surveillance des objets

Après un traitement, tous les vêtements doivent être lavés à la machine et séchés à l'air chaud. Il faut aussi laver les draps, les serviettes, les animaux en peluche et tout couvre-chef. Les vêtements qui ne peuvent pas être lavés à l'eau doivent être nettoyés à sec et garder dans un sac scellé pendant deux semaines. Les peignes et les brosses peuvent être recouverts de pédiculicide puis lavés dans l'eau chaude pendant 20 minutes; de façon alternée, ils peuvent tremper dans une solution désinfectante (Lysol 2 % pendant 1 heure). Toutes les pièces de la maison doivent aussi être lavées et aspirées pour éliminer tous cheveux tombés.

Raisons de l'échec du traitement

- Faux diagnostic
- Mauvaise observance/mauvaise application du traitement chimique contre les poux (application sur cheveux mouillés, quantité de produit insuffisante)
- Évaluation du traitement trop précoce (les poux ne meurent pas au contact du produit)
- Mauvaise élimination manuelle des poux
- Nouvelle exposition à des poux (nouvelle infestation)
- Le traitement n'a pas été répété une semaine plus tard

Conclusion

Les poux de la tête sont un problème courant et gênant mais pour lequel il existe plusieurs bons traitements. Il faut bien conseiller les patients afin de réduire la propagation de l'infestation puis leur proposer les traitements topiques appropriés. Pour plus d'information sur les poux et l'éradication des poux ainsi que des conseils et du matériel pour le patient, visiter www.SkinPharmacies.ca/CE.

La gestion de l'eczéma

B. Wang, M.D., FRCPC,

Département de dermatologie, Université McGill

Définition de l'eczéma

Eczéma et dermatite atopique (DA) sont des termes interchangeables.

- C'est une condition au spectre large qui est subdivisée en différentes présentations cliniques, par exemple : infantile, puérile et adulte
- L'eczéma exige un diagnostic clinique qui doit rencontrer plusieurs critères : [Williams HC, et al. *Br J Dermatol* 131(3):383-416 (1994).]
 - Il doit avoir prurit et au moins 3 des caractéristiques suivantes :
 - Il est apparu dans le jeune âge
 - Selon une distribution typique (sur les muscles extenseurs chez les bébés et les enfants, dans les plis de flexion chez les adultes)
 - Il y a une histoire personnelle ou familiale d'atopie (asthme, fièvre des foins, eczéma)
 - Xérosis (peau sèche)
 - Chronicité et récurrences
- Il n'est pas nécessaire de constater une élévation des taux d'IgE pour poser le diagnostic
- Il n'existe pas de tests de laboratoire pour poser ce diagnostic

Incidence

- Au cours des 30 dernières années, la prévalence de l'eczéma a été en augmentant.
- Les études actuelles trouvent une prévalence de 20 % chez les enfants en Amérique du Nord, dans le nord de l'Europe et au Japon [Laughter D, et al. *J Acad Dermatol* 43:649-55 (2000).] alors qu'ailleurs dans le monde, elle est plus faible, [Williams HC, et al. *J Allergy Clin Immunol* 103:125-38 (1999).] bien que les raisons de ce fait demeurent obscures.
- Il y a une forte composante génétique.

Présentation de l'eczéma

- Par nature, il peut être aigu ou chronique.
- Dans l'eczéma aigu, on constate une inflammation importante de la peau, un érythème et des vésicules suintantes.
- L'eczéma chronique présente une lichénification (épaississement de la peau) à la suite des frottements et grattages répétés et une hyper ou hypopigmentation post-inflammatoire.
- Dans les deux types, il peut y avoir lésions de grattage.
- Il y a couramment infection secondaire, habituellement avec *S. aureus*.

Gestion

- Il faut insister sur le fait que l'eczéma est chronique – sans remède.
- Les bases du traitement reposent sur des mesures de prévention des facteurs déclenchants et sur l'hydratation de la peau.
- Les mesures thérapeutiques comportent des médicaments topiques et oraux et le traitement des infections secondaires, s'il y a lieu.
- La stratégie générale vise à :
 - provoquer une rémission
 - la stabiliser et l'entretenir
 - mettre à l'abri des poussées aiguës.

Mesures préventives

- Éviter les irritants et les allergènes
 - détergents forts
 - tissus en laine ou provoquant des démangeaisons
 - allergènes courants comme les phanères animaux, les poussières, la fumée et les pollens.
- Le facteur déclenchant n'a pas besoin d'être de nature allergique pour produire un eczéma.
- La peau doit être bien hydratée
- Utiliser des savons doux ou des nettoyants sans savon qui ne fragilisent pas la peau.

Mesures préventives (suite)

- Hydratants
 - Doivent être utilisés quotidiennement au minimum, à cause de la xérosis inhérente de la peau.
 - Les hydratants occlusifs empêchent la déshydratation.
 - Les huiles ont tendance à rester sur la surface de la peau et ne sont pas absorbées.
- Ablutions
 - Les bains ou les douches à température chaude, mais pas très chaude, sont conseillés.
 - Il est impératif d'appliquer un hydratant immédiatement après le bain.
- Températures fraîches
 - La sueur agresse une peau eczémateuse et peut entraîner un prurit.

Mesures thérapeutiques

Corticostéroïdes topiques

- Très efficaces dans l'eczéma aigu (poussée) à cause de leur action rapide.
- La puissance de l'agent est déterminée selon l'endroit où se trouve l'eczéma (faible pour le visage et les aines, moyenne pour le corps).
- Utiliser le médicament le plus faible possible pour maîtriser la flambée.
- Le médicament sous forme de pommade est plus puissant qu'en crème ou en lotion.
- L'atrophie de la peau, la tachyphylaxie (perte de l'efficacité) et la suppression surrénalienne sont rarement la conséquence d'un usage quotidien et prolongé. Plus les stéroïdes locaux sont puissants plus les risques de développer des effets indésirables sont grands. Le risque est plus élevé chez les jeunes enfants à cause de leur ratio poids/surface de peau et parce que leur peau est plus perméable.
- Ne doivent être appliqués que sur l'endroit spécifiquement malade.
- Peuvent être utilisés en association avec des inhibiteurs de la calcineurine pour une maîtrise locale de l'eczéma.
- Il est rare de rencontrer une dermatite de contact allergique aux corticostéroïdes.

Inhibiteurs de la calcineurine topiques

- Une nouvelle classe d'agents anti-inflammatoires disponibles sous forme de pimécrolimus en crème 1 % (Elidel®) et tacrolimus en onguent 0,03 % (pour enfants de 2 à 12 ans) et 0,01 % (pour adultes) (Protopic®).
- Les inhibiteurs de la calcineurine bloquent la transcription des cytokines dans les lymphocytes T humains.
- Le pimécrolimus est approuvé dans les thérapies à court terme et à long terme intermittentes de l'eczéma léger à modéré, alors que le tacrolimus est approuvé pour le traitement de la DA modérée à grave.
- Tous les deux sont excellents pour la gestion à long terme de la DA [Meurer M, et al. *Dermatol* 205:271-7 (2002); Hanifin JM, et al. *J Am Acad Dermatol* 53(2 Suppl 2):S186-94 (Août 2005).]
- Diminue l'intensité de la flambée
- Aide à maintenir la rémission.
- Le pimécrolimus augmente la durée entre les rémissions. [Meurer M, et al. *Dermatol* 205:271-7 (2002).]
- À appliquer seulement sur les endroits affectés.
- L'effet indésirable le plus courant est une sensation passagère de brûlure et de picotement sur la peau.
- En réponse aux mises en garde récentes émises par Santé Canada et la FDA aux États-Unis, l'Association de dermatologie canadienne a déclaré que l'usage local des inhibiteurs de la calcineurine n'entraînait pas un risque accru de cancer, plus spécifiquement de lymphome, et qu'ils pouvaient donc être utilisés avec les mêmes précautions que les corticostéroïdes topiques. [Maddin S. *Skin Therapy Lett* 10(4):1-3 (2005).] L'association n'a pas modifié sa position jusqu'à ce jour en mai 2006.

Médications orales contre les démangeaisons

- Des antihistaminiques sédatifs tels que l'hydroxyzine ou la diphenhydramine peuvent être utiles pris au coucher, particulièrement pendant les poussées.
- Le kétotifène, un stabilisateur des mastocytes, peut être utile lorsque l'eczéma est accompagné d'autres manifestations atopiques comme l'asthme, la rhinite.

Thérapie antibiotique

- Une infection secondaire avec *Staphylococcus aureus* même en l'absence d'un impétigo visible, peut provoquer une poussée.
- Habituellement une thérapie topique avec de la mupirocine (Bactroban®) ou de l'acide fusidique en pommade (Fucidin®) est suffisante pour effacer un tel eczéma.
- Dans quelques rares cas d'eczéma très étendu, la cloxacilline orale ou une céphalosporine sont nécessaires, après des prélèvements pour mise en culture et antibiogramme.

Thérapies de relais

Pour les cas très rebelles, on peut utiliser les traitements systémiques suivants : PUVA, UVB, cyclosporine, azathioprine ou méthotrexate. Parfois, on emploie des stéroïdes systémiques à court terme.

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 2006 :

<i>Allergan, Inc.</i>	<i>GlaxoSmithKline Consumer Healthcare Canada</i>
<i>Barrier Therapeutics</i>	<i>Hoffmann-La Roche, Inc.</i>
<i>Berlex Canada Inc.</i>	<i>LEO Pharma Inc.</i>
<i>Dermik, le département de dermatologie de sanofi-aventis Canada Inc.</i>	<i>Procter & Gamble</i>
<i>Galderma Canada Inc.</i>	<i>Stiefel Laboratories</i>

© 2006 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.