

# Skin Therapy Letter<sup>©</sup>

Volume 4 • Numéro 1 • Mai-Juin 2009

Évidence clinique. Conseils pratiques.

Rédacteur en chef: Dr Stuart Maddin

**Dr Stuart Maddin, MD, 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

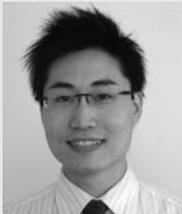


nombreux articles publiés dans des revues de dermatologie, de monographies et de manuels. En plus d'être un médecin consultant auprès d'un certain nombre de compagnies pharmaceutiques et biotechnologiques, il est directeur du centre des essais cliniques au Département de dermatologie de l'Université 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.

**Alex H.Y. Cho, RPh, BScPharm**

## CONSEILLER PHARMACIEN

Alex est diplômé de la faculté des sciences pharmaceutiques de la University of British Columbia. Le vif intérêt qu'Alex porte à la dermatologie a été favorisé par son rôle fondamental en



tant que pharmacien en chef à la VGH Skin Care Center Pharmacy située à Vancouver, Colombie-Britannique. La pharmacie se trouve dans un des plus importants centres au Canada de dermatologie clinique et académique. Grâce à cette localisation idéale et à ses efforts de collaboration avec les dermatologues sur place, Alex a profité de constantes occasions de composer des médications topiques. De plus, il supervise l'inventaire pharmaceutique de la Psoriasis and Phototherapy Clinic au Vancouver General Hospital.

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

**G. E. Searles, MD, FRCPC, FACP**

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

### Introduction

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

### Caractéristiques cliniques

- Le psoriasis peut se limiter au cuir chevelu mais il atteint souvent plus d'une zone du corps.
  - Les sites courants pouvant être affectés simultanément comprennent les coudes, les genoux, les fesses, les doigts et les ongles.
- 50 à 80 % de tous les patients ayant du psoriasis souffrent, au cours de leur vie, d'une atteinte au niveau du cuir chevelu<sup>1</sup>.
- Le cuir chevelu peut être le premier site à avoir du psoriasis; ces lésions sont généralement plus persistantes que celles qui apparaissent sur d'autres zones du corps.
- Le psoriasis se présente sous la forme de plaques bien délimitées caractérisées par des squames et de l'érythème. Les patients éprouvent divers degrés de démangeaisons et de desquamation.
  - Les plaques sont généralement localisées sur le cuir chevelu occipital, autour des oreilles et à la lisière frontale des cheveux.
- Le diagnostic différentiel le plus fréquent est la dermatite séborrhéique. Bien qu'elle puisse imiter le psoriasis, la dermatite séborrhéique a tendance à être plus diffuse, moins squameuse et présente une texture plus cireuse. Elle peut aussi s'étendre vers le front et toucher les plis naso-labiaux et les sourcils.
  - Les squames de psoriasis sont généralement plus épaisses, d'apparence plus sèche, et la peau peut se crevasser et saigner.
  - Le psoriasis du cuir chevelu peut coexister avec la dermatite séborrhéique et la persistance des levures dans les deux conditions peut signaler des étiologies similaires.
- La teigne et les infections fongiques touchent fréquemment la tige du cheveu et entraînent le bris des cheveux, la desquamation et l'enflure des ganglions lymphatiques dans la chaîne cervicale postérieure. Cela est plus fréquent chez les enfants.

## Considérations thérapeutiques

- La présence des cheveux et l'accumulation des squames peuvent empêcher la pénétration des médicaments au niveau du cuir chevelu.
- Certains véhicules tels que les onguents et les crèmes, peuvent être salissants lors de leur application et coller aux cheveux, leur donnant une apparence grasse et forçant à de plus fréquents lavages. De plus, il est possible qu'une quantité insuffisante du médicament atteigne le cuir chevelu, ce qui peut rendre le traitement inefficace.
- Les médications devraient être appliquées sur les cheveux secs. Avant l'application, il faut passer le peigne dans les cheveux pour en éliminer toutes les squames flottantes. Sur les endroits atteints, faire une raie pour séparer les cheveux puis frotter doucement la médication directement dans les lésions.
- La mauvaise adhérence au traitement peut parfois être attribuée aux faits qui entourent l'acceptabilité cosmétique du produit entraînant ainsi la perte de l'effet et le mécontentement du patient à l'égard du traitement.
- Une posologie simple et pratique peut améliorer l'adhérence au médicament.
- Une étude sur des patients ayant du psoriasis a démontré des taux considérablement plus élevés d'observance avec un schéma d'une seule application par jour (83 %) versus un schéma de deux applications par jour (44 %)².
- Le véhicule peut être aussi important que l'ingrédient actif pour obtenir efficacité, tolérance et observance.
- Les véhicules ont une influence considérable sur la pénétration et la puissance des ingrédients actifs. Les lotions, les gels et les mousses sont supérieurs aux crèmes et aux onguents.
- Les solutions à base d'alcool peuvent causer des picotements et de l'irritation.
- De nouvelles formulations avec des véhicules optimisés sont en développement. (Par exemple : gel ou mousse à dissociation rapide, ou lotions.)

## Options de traitements topiques pour le psoriasis du cuir chevelu

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

### *Les traitements en vente libre*

- De nombreuses préparations d'association pour le psoriasis du cuir chevelu en vente libre utilisent du goudron, de l'acide salicylique ou du pyrithione de zinc; il est utile que les pharmaciens soient familiers avec ces agents afin d'expliquer les avantages et les effets secondaires aux patients.
- L'acide salicylique est un agent kératolytique qui favorise la libération des squames et facilite la pénétration du médicament. L'acide salicylique est souvent utilisé en association avec des goudrons et des corticostéroïdes. L'irritation cutanée est un effet secondaire courant.
- Le pyrithione de zinc peut être utile pour diminuer les démangeaisons et la desquamation car il a des propriétés antimicrobiennes.

### *Les goudrons*

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

### *Les corticostéroïdes*

- Les corticostéroïdes puissants et ultra puissants (par exemple : le dipropionate de bétaméthasone, le propionate de clobétasol) sont grandement utilisés pour leurs propriétés anti-inflammatoires, immunosuppressives et antiprolifératives.

- Ils sont généralement disponibles sous forme de solutions, lotions, gels et shampoings et dans différentes catégories de puissance.

- Un usage prolongé peut entraîner une tachyphylaxie.

### *Les analogues de la vitamine D3 (calcipotriol / calcipotriène)*

- Le calcipotriol favorise une kératinisation normale, inhibe l'inflammation et il normalise la prolifération et la différenciation épidermiques.
- Ils sont disponibles sous forme de solution ou de gel.
- Leur efficacité ne diminue pas à la suite d'un usage prolongé.
- Ils aident à diminuer la desquamation, mais dans le contrôle de l'érythème et des démangeaisons, leur utilité est limitée.
- Pour éviter leurs effets potentiels sur le métabolisme du calcium, il faut limiter leur emploi à 15 gr par jour ou 100 gr par semaine³.
- Étant donné la dégradation des corticostéroïdes par les analogues de la vitamine D3, leur application simultanée n'est pas recommandée.

### *L'association de calcipotriol avec un corticostéroïde*

- Des préparations commerciales stables de calcipotriol + dipropionate de bétaméthasone ont le double avantage de contrôler les symptômes du psoriasis du cuir chevelu avec un faible risque d'atrophie cutanée et sans tachyphylaxie¹,⁴.
- Des études contrôlées, à double insu, randomisées, ont démontré que les deux agents en association agissent rapidement et sont plus efficaces qu'une monothérapie avec l'un ou l'autre de ces agents⁵,⁶.
- Une formulation mixte de bétaméthasone 0,5 mg/g + calcipotriol 50 µg/g dans une nouvelle formulation en gel a reçu l'approbation de Santé Canada en novembre 2008 pour le traitement du psoriasis du cuir chevelu.
  - Cette nouvelle formulation en gel a révélé une amélioration thérapeutique marquée chez 92 % des patients souffrant de psoriasis du cuir chevelu à la suite d'une seule application par jour pendant jusqu'à 8 semaines⁷.
  - Le véhicule en gel augmente la pénétration du médicament, améliore l'acceptabilité cosmétique, minimise l'irritation, facilite son emploi, est sans odeur et permet une seule application par jour.
  - Les investigations qui ont rapporté les avantages de la nouvelle formulation ont été conduites sans utilisation préalable d'agents

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

kératolytiques ou autre produit concomitant<sup>4-7</sup>. Normalement, des soins d'appoint pour la desquamation ne sont pas nécessaires pendant que les patients suivent leur traitement.

- Pour faciliter l'adhérence au traitement et permettre une absorption adéquate, l'agent devrait être appliqué dans la soirée et rester sur le cuir chevelu pendant toute la nuit.
- Pour des raisons cosmétiques, les patients peuvent enlever le gel le matin à l'aide d'un shampoing doux non médicamenté appliqué sur les cheveux secs. Bien faire pénétrer le shampoing dans les cheveux (dans la région traitée) afin d'émulsifier le gel médicamenté; puis mouiller les cheveux, les faire mousser et les rincer. On recommande de laver les cheveux pour des raisons cosmétiques et hygiéniques mais cela n'est pas exigé par la thérapie.

- Des résultats publiés récemment soutiennent l'innocuité, la tolérance et l'efficacité de ce nouvel agent quand il est employé une fois par jour, au besoin, pendant jusqu'à 52 semaines<sup>4</sup>.
- Les études rapportent que l'incidence d'effets indésirables était similaire pour tous les groupes de traitements, et similaire au placebo. L'effet défavorable le plus courant était le prurit<sup>3,5</sup>.
- Pour éviter les effets sur le métabolisme du calcium, ne pas utiliser plus de 15 g par jour ou 100 g par semaine<sup>4</sup>.
- L'innocuité au cours de l'usage chez la femme enceinte et qui allaite ainsi que chez les patients de 18 ans ou moins, n'a pas été établie. Ces préparations ne sont pas recommandées pour ces groupes de patients.

## Considérations pour la gestion

- Les patients affirment que le psoriasis du cuir chevelu est l'aspect le plus difficile de leur maladie, celui-ci pouvant conduire à la perte d'une bonne estime de soi, à la condamnation sociale et même à la dépression.
- Environ 1 patient sur 3 ressent de l'embarras par rapport à son psoriasis du cuir chevelu et 1 sur 5 éprouve des symptômes dépressifs<sup>8</sup>.
- Gratter et arracher les squames peut aggraver les lésions et favoriser l'extension du psoriasis (phénomène de Koebner).
- Il faudrait renforcer les stratégies de gestion comme : donner les bonnes indications d'usage; indiquer les effets secondaires; énumérer les médicaments pris simultanément ou les médicaments en vente libre qui peuvent exacerber le psoriasis.
- Il faut expliquer aux patients que les principaux buts du

traitement sont le soulagement des démangeaisons et la diminution des squames. Les antihistaminiques ne sont pas efficaces pour le contrôle des démangeaisons.

- Le port de vêtements clairs peut réduire au minimum la visibilité des squames.
- Si nécessaire, les patients peuvent être avisés d'utiliser des shampoings en vente libre à base d'acide salicylique ou de goudron pour aider à ramollir et déloger les squames.
- Suggérer au patient de participer dans des organisations nationales ou dans des réseaux sociaux sur le Web. Les communautés virtuelles sur le psoriasis peuvent fournir de l'information éducative, des conseils pratiques et apporter un soutien psychologique et social.

## Encourager l'observance au traitement

- Jusqu'à 40 % des patients qui font du psoriasis ne se soumettent pas à leur traitement<sup>9</sup>. L'observance au traitement est réduite à cause de la peur des effets secondaires et parce que les traitements prescrits sont compliqués à suivre.
- Le pharmacien peut soulager les inquiétudes du patient par rapport aux effets secondaires à la suite de l'usage des corticostéroïdes topiques (comme l'amincissement de la peau) en expliquant que leurs avantages sont plus grands que les risques, lorsqu'ils sont correctement utilisés.
- Le pharmacien joue un rôle éducatif essentiel en fournissant des détails sur le mode d'emploi correct et les objectifs thérapeutiques. La non observance au traitement peut être réduite quand les patients possèdent une juste compréhension de leur psoriasis et du traitement choisi.
- Les stratégies cliniques qui peuvent favoriser l'observance au traitement incluent le choix d'agents topiques à action rapide, la sélection de traitements qui sont faciles à suivre (comme un dosage simple et pratique), ou l'association d'agents qui peuvent améliorer la vitesse et le degré de résultats.

## Conclusion

Étant donné le risque de morbidité accrue, la diminution de la qualité de vie et un fardeau financier important, il est essentiel d'arrêter la progression de la maladie en gérant à la fois les aspects physiques et émotionnels du psoriasis. Des efforts soutenus en vue de répondre aux besoins thérapeutiques non atteints ont conduit au développement de nouvelles thérapies antipsoriasiques topiques qui entraînent moins d'effets indésirables et qui sont efficaces. L'introduction de nouveaux agents combinés qui peuvent cibler de multiples facteurs pathogènes s'avère très efficace. L'investigation de nouvelles associations de traitements et de nouveaux composés pour le psoriasis du cuir chevelu se poursuit dans le but d'apporter des améliorations au niveau de l'efficacité et ainsi assurer une meilleure observance de la part du patient et de meilleurs résultats thérapeutiques.

## Références

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

# Une étude des options thérapeutiques pour les verrues génitales

M. Gooderham, MSc, MD, FRCPC

Peterborough, Ontario, Canada

## Introduction

Le condylome acuminé (verrues génitales ou vénériennes) constitue un important souci de santé, particulièrement parmi les jeunes adultes. Considérées comme étant une des formes les plus courantes de maladies transmises sexuellement (MTS), les verrues génitales externes sont causées par une infection par le virus du papillome humain (VPH), le même virus qui cause la majorité des cancers du col de l'utérus. Des progrès thérapeutiques relativement récents incluent un immunorégulateur et un vaccin prophylactique qui ont considérablement élargi les options pour leur gestion. Nous étudierons ici les thérapies conventionnelles et les plus récentes.

## Faits sur le VPH

Plus de 100 types de VPH ont été décrits dont 40 infectent le tractus anogénital, les plus courants parmi ces derniers étant les types de VPH 6, 11, 16 et 18<sup>1</sup>.

- Les VPH 6 et 11 présentent un faible risque de cancer mais sont la cause de 90 % des verrues génitales.
- Les VPH 16 et 18 sont les types que l'on considère à haut risque et ils contribuent à 70 % des cancers du col.

## Pathogenèse du VPH

La principale voie d'infection génitale est par contact sexuel. On croit que le virus pénètre par les microabrasions de l'épithélium. Une transmission aux nourrissons, lors du passage dans la filière pelviguénitale infectée, peut survenir<sup>2</sup>. Le taux d'infection entre des partenaires sexuels est d'environ 60 %<sup>3</sup>.

## Facteurs de risque

On estime que chaque année 550 000 Canadiens sont infectés par le VPH<sup>4</sup>. Le taux d'infection semble grimper à la suite du commencement de l'activité sexuelle puis décliner dans la mesure où l'âge augmente. Sa prévalence est la plus élevée chez les personnes de 15 à 25 ans. Le niveau de risque est basé sur une combinaison de facteurs dont l'âge, le style de vie, l'immunocompétence et d'autres variables :

- Devenir sexuellement actif à un jeune âge
- Avoir une infection précédente avec une autre forme de MTS
- Le nombre de partenaires sexuels au cours de la vie
- Avoir des relations sexuelles non protégées avec des partenaires multiples, particulièrement avec ceux qui ont des antécédents connus
- La promiscuité sexuelle des partenaires
- Le statut immunologique
- L'usage correct du condom peut réduire le risque de transmission, mais parce que le VPH peut se trouver n'importe où le long du tractus anogénital, il ne fournit qu'une protection partielle.
- La circoncision masculine peut réduire l'incidence de l'infection par le VPH selon une étude récente par Tobian<sup>5</sup>.

## Caractéristiques diagnostiques

Avant d'établir un diagnostic, il est nécessaire que les cliniciens obtiennent de leurs patients une histoire médicale et sexuelle, si celle-ci n'est pas déjà connue. Un examen de la région pelvienne, du tractus génital au complet et des cuisses, ainsi que de la bouche et de la gorge, peut révéler des nodules indicatifs, mais non limités à une infection au VPH. On peut envisager le dépistage des autres MTS, particulièrement chez les individus à haut risque.

- Dans la majorité des cas, une inspection visuelle directe permet d'identifier les excroissances sur la muqueuse génitale.
- Les verrues anogénitales sont généralement asymptomatiques, mais elles peuvent déclencher un prurit, des saignements ou une légère brûlure. Elles se présentent comme :
  - des lésions qui apparaissent à l'origine sur les surfaces de la vulve, du pénis et de la peau périnéale;
  - des papules ou des nodules petites, discrètes, sessiles, à sommet lisse ou surélevé;

- de grosses masses exophytiques;
- une seule papule ou de multiples verrues groupées;
- des lésions dont la couleur varie de la couleur chair, rose, blanchâtre au brun rouge;
- leur distribution en est une multifocale qui correspond généralement aux régions de plus grande friction au cours de l'activité sexuelle.
- Pour les verrues difficiles à voir, une solution d'acide acétique à 3 à 5 % (par exemple : du vinaigre blanc) peut être appliquée sur la lésion suspecte (figure 1). Après quelques minutes, le condylome devrait apparaître sous forme de plaques blanchies sur la muqueuse. Des modifications positives ne constituent pas un diagnostic pour le VPH car ces résultats peuvent aussi survenir dans le lichen plan, les mycoses vaginales et autres problèmes de peau.

## Caractéristiques diagnostiques (suite)

- Une biopsie peut être nécessaire si<sup>6</sup> :
  - le diagnostic est incertain;
  - les lésions ne répondent pas au traitement habituel;
  - la maladie s'aggrave pendant le traitement;
  - le patient est immunodéprimé;
  - les verrues sont pigmentées, indurées, fixées, saignantes ou ulcérées.
- La prévalence des lésions chez les femmes peut être attribuable à leur plus grand nombre d'endroits muqueux.
- Un test de Pap peut aider à établir la présence d'une lésion au niveau du col de l'utérus<sup>7</sup>.

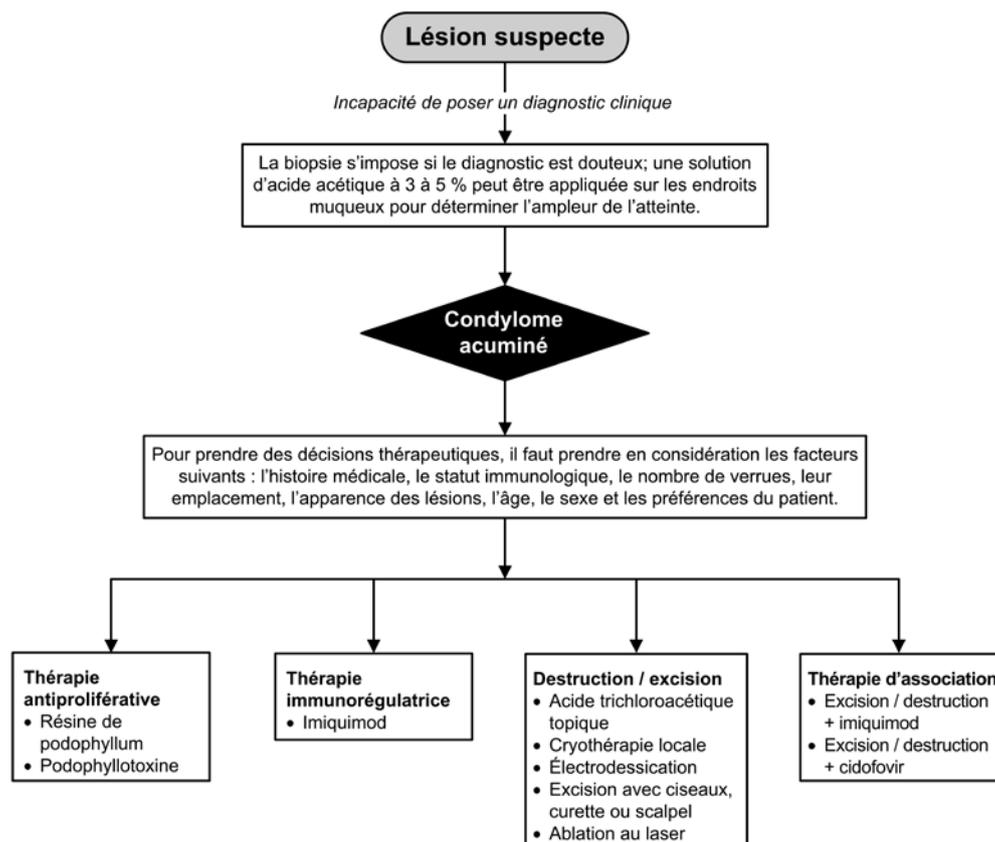


Figure 1: Algorithme pour le traitement des lésions suspectes<sup>8</sup>.

## Traitement

Les objectifs fondamentaux du traitement sont d'éliminer les verrues visibles et de limiter la détresse psychologique que causent les verrues génitales externes. Chez environ 10 à 30 % des patients, les verrues génitales externes évoluent généralement spontanément vers la guérison et elles disparaissent de façon typique en 21 à 24 mois sans traitement. Par contre, les lésions peuvent aussi rester stationnaires ou augmenter en taille et en nombre<sup>6,7</sup>.

- La gamme de traitements disponibles comprend les thérapies administrées par le patient et celles qui le sont par un professionnel de la santé.
- Les modalités de traitements les plus répandues peuvent généralement être classées en thérapies antiprolifératives, de destruction et d'excision, immunorégulatrices et d'association (tableau 1).
- La majorité des options de traitements offre un soulagement symptomatique plutôt que de traiter la maladie elle-même. La seule exception est un modificateur de la réponse immunitaire (par exemple : l'imiquimod) qui exerce un effet sur le terrain capable de cibler à la fois les manifestations cliniques et subcliniques du VPH.
- Les décisions thérapeutiques devraient être guidées par le type de verrues, leur emplacement, leur nombre, le sexe, les préférences du patient, l'expérience du médecin ainsi que les circonstances exceptionnelles (par exemple : jeune âge, immunodépression, grossesse).
- Étant donné la vaste gamme de patients et de variables de traitements, on manque d'évidence probante confirmant la supériorité d'une ou l'autre modalité ou d'une de leur association, sur les autres.
- La majorité des patients a besoin de cycles de traitements plutôt que d'un traitement unique. L'amélioration survient généralement en dedans de trois mois après le début de la thérapie<sup>6</sup>.
- Il est important de répéter aux patients que les traitements disponibles peuvent procurer des périodes exemptes de verrues mais qu'aucun ne peut éliminer complètement les infections au VPH.

## Traitement (suite)

Méthode	Traitement	Commentaires
<i>Thérapies antiprolifératives</i>	Résine de podophyllum à 10 à 25 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrée par le médecin</li> <li>• Élimination des verrues par la destruction des tissus infectés</li> <li>• Potentiel de toxicité systémique</li> </ul>
	Podophyllotoxine à 0,5 % en lotion ou en gel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peut être administrée par le patient</li> <li>• Faible coût, faible toxicité</li> <li>• Ne comporte aucune substance mutagène contrairement à celles trouvées dans la résine de podophyllum</li> </ul>
<i>Thérapie immunorégulatrice</i>	Imiquimod à 5 % en crème	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il est administré par le patient, ce qui peut améliorer son observance médicamenteuse.</li> <li>• Il stimule la réponse immunitaire cytotoxique, ce qui se manifeste généralement par une exacerbation de l'inflammation cutanée.</li> <li>• Il est appliqué directement sur la peau atteinte 3 fois par semaine pendant jusqu'à 16 semaines. La fréquence des applications peut être réduite si le patient est inquiet du degré d'inflammation.</li> <li>• Les taux de rechute sont faibles parce qu'il y a réduction de la charge virale.</li> <li>• Il est efficace pour le traitement de verrues multiples s'étalant sur de plus grandes surfaces ainsi que sur les lésions subcliniques.</li> <li>• Les effets secondaires sont légers ou modérés et incluent un érythème local et une érosion au lieu d'application.</li> <li>• Il coûte plus cher que la podophyllotoxine.</li> </ul>
<i>Thérapies de destruction et d'excision</i>  Toutes ces options comportent des risques de cicatrices.	Acide trichloroacétique topique à 85 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il produit une destruction cellulaire par cautérisation chimique.</li> <li>• Il est plus efficace dans le traitement des petites lésions humides.</li> <li>• Les dommages aux tissus avoisinants peuvent être minimisés grâce à une protection avec de la vaseline.</li> <li>• Si l'acide trichloroacétique topique est appliqué sur des tissus sains, il faut avertir le patient de laver l'endroit touché avec du savon liquide ou du bicarbonate de soude.</li> <li>• Il peut produire des douleurs et des ulcérations.</li> </ul>
	Cryothérapie locale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• C'est le mode de destruction le plus courant.</li> <li>• Elle nécessite une congélation avec du nitrogène liquide.</li> <li>• Elle est facile à utiliser et n'a pas d'effets systémiques.</li> <li>• Elle peut causer des douleurs et des ulcérations.</li> <li>• Sans danger au cours de la grossesse.</li> </ul>
	Électrodessiccation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les verrues sont brûlées avec un courant électrique de faible voltage.</li> </ul>
	Excision par ciseaux, curette ou scalpel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elle débarrasse définitivement des tissus anormaux.</li> <li>• Particulièrement appropriée pour les plus grosses verrues exophytiques.</li> <li>• Une anesthésie locale est nécessaire.</li> </ul>
	Ablation au laser	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'usage d'une thérapie au laser à CO<sub>2</sub> est habituellement réservé pour les cas de verrues multiples s'étalant sur de plus grandes surfaces et/ou résistantes aux traitements.</li> <li>• Elle peut provoquer une longue convalescence et elle est chère.</li> </ul>
<i>Thérapie d'association</i>  La thérapie d'association peut offrir de meilleurs résultats comparés à la monothérapie.	Excision / destruction + imiquimod	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La cryothérapie en association avec l'imiquimod semble être fréquemment employée.</li> <li>• Une thérapie initiale avec l'imiquimod peut diminuer la grosseur des verrues et améliorer les résultats de la chirurgie.</li> <li>• Un premier traitement avec l'imiquimod suivi de l'excision des lésions résiduelles peut procurer la disparition à long terme des verrues génitales externes, particulièrement si une monothérapie antérieure a été inefficace<sup>9</sup>.</li> </ul>
	Excision / destruction + cidofovir	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grâce à sa large activité antivirale, le cidofovir a été utilisé avec succès comme un gel topique chez les patients réfractaires<sup>8</sup>.</li> </ul>

**Tableau 1:** Options de traitements pour les verrues génitales<sup>7,10</sup>

## Traitement (suite)

L'horizon thérapeutique peut inclure une formulation topique dont l'ingrédient actif est un mélange précis de catéchines extraites du thé vert qui a fait preuve d'efficacité et d'innocuité pour les verrues génitales externes<sup>11</sup>. Cette prescription aux plantes a reçu l'approbation de la FDA des États-Unis en 2006 pour le traitement des verrues génitales et périanales externes causées par certaines souches de VPH.

## Une approche prophylactique

En 2006, Santé Canada a approuvé un vaccin VPH quadrivalent qui agit contre les types de VPH 6, 11, 16, et 18.

- Il est indiqué pour les filles et les femmes de 9 à 26 ans et il est administré en intramusculaire en trois doses distinctes de 0,5 ml à 0, 2 et 6 mois.
- Le vaccin quadrivalent est efficace à 97 % dans la prévention des néoplasies intraépithéliales du vagin et de la vulve, et efficace à 99 % dans la prévention des verrues génitales causées par les types 6 et 11 du VPH<sup>1</sup>.
- Aucune évidence ne suggère que l'on puisse retirer des avantages thérapeutiques de la vaccination, si les patients sont déjà infectés par les types de VPH présents dans le vaccin.
- Des études récentes suggèrent que le vaccin quadrivalent peut aussi fournir une protection croisée contre les souches de VPH qui ne sont pas incluses dans le vaccin mais qui leur sont étroitement apparentées. Cependant, il faut encore établir le caractère durable de la vaccination et l'importance de ces découvertes reste à être démontrée<sup>12,13</sup>.
- Des études sur ce vaccin sont en cours présentement chez les hommes.

## Conclusion

L'incidence croissante des infections au VPH inquiète de plus en plus et la manifestation clinique la plus répandue de cette maladie transmissible est les verrues génitales. Bien que la morbidité de la maladie puisse être faible, la détresse émotionnelle d'avoir des verrues génitales peut entraîner de sérieux chocs émotionnels. C'est pourquoi il est essentiel que la gestion de ce problème soit une réussite.

- Pour le traitement initial des verrues génitales, de nombreux patients préfèrent des thérapies qu'ils peuvent appliquer eux-mêmes.
- La monothérapie étant souvent insuffisante, la thérapie d'association peut être plus avantageuse.
- Tout au long du traitement, les patients doivent être évalués pour la rapidité de leur réaction et pour les effets indésirables.
- Les patients qui présentent une réponse insuffisante auront besoin d'être soumis à d'autres thérapies ou à une modification de l'approche actuelle.
- Selon la Directive canadienne de consensus sur le VPH, à cause de son efficacité favorable, de son innocuité et de ses profils de tolérabilité ainsi que de ses taux de rechute les plus faibles, l'imiquimod offre une stratégie efficace pour la gestion des verrues génitales. Il faudrait penser à le prescrire avant d'initier des stratégies plus invasives comme les thérapies de destruction et d'excision ou les thérapies au laser<sup>7</sup>.

En offrant instruction et éducation, particulièrement au cours des thérapies appliquées par le patient, les pharmaciens peuvent aider à maximiser l'efficacité et l'innocuité du traitement. Les pharmaciens peuvent aussi, de façon appropriée, recommander des stratégies qui peuvent limiter la propagation du VPH et encourager des examens de dépistage réguliers.

## Références

1. Dobson S., et al., *Relevé des maladies transmissibles au Canada* 33(ACS-2) : 1-31 (15 février 2007).
2. Kaye J.N., et al., *J Gen Virol* 77(Pt 6) : 1139-43 (juin 1996).
3. Palefsky J.M., *Clin Dermatol* 15(3) : 439-47 (mai-juin 1997).
4. Money D.M., et al., *J Obstet Gynaecol Can* 29(8 Suppl 3) : S3-6 (août 2007).
5. Aaron A.R., et al., *N Engl J Med* 360(13) : 1298-309 (26 mars 2009).
6. Centers for Disease Control and Prevention. Genital warts treatment guidelines 2006. Disponible à : <http://www.cdc.gov/std/treatment/2006/genital-warts.htm>. Accédé le 17 mars 2009.
7. Roy M., et al., *J Obstet Gynaecol Can* 29(8 Suppl 3) : S37-41 (août 2007).
8. Varela A., et al., *Skin Therapy Lett-FP US Ed* 1(2) : 1-3 (2006).
9. Carrasco D., et al., *J Am Acad Dermatol* 47(4 Suppl): S212-216 (octobre 2002).
10. Bourcier M., et al., *Skin Therapy Lett-FP Ed* 3(2) : 1-3 (juin 2007).
11. Stockfleth E., et al., *Br J Dermatol* 158(6) : 1329-38 (juin 2008).
12. Brown D.R., et al., *J Infect Dis* 199(7) : 926-35 (1 avril 2009).
13. Wheeler C.M., et al., *J Infect Dis* 199(7) : 936-44 (1 avril 2009).

ABONNEZ-VOUS GRATUITEMENT !

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

# Skin Therapy Letter<sup>®</sup>

Édition des pharmaciens

Editor-in-Chief: Dr Stuart Maddin

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**

*Sites pour les patients :*

AcneGuide.ca	BotoxFacts.ca	ColdSores.ca	DermatologyCare.ca
EczemaGuide.ca	FungalGuide.ca	HerpesGuide.ca	Lice.ca
MildCleanser.ca	MohsSurgery.ca	PsoriasisGuide.ca	PsoriaticArthritisGuide.ca
RosaceaGuide.ca	SkinCancerGuide.ca	Sweating.ca	UnwantedFacialHair.ca

*Sites pour les professionnels en médecine :*

SkinPharmacies.ca	SkinTherapyLetter.ca	Dermatologists.ca
-------------------	----------------------	-------------------

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

*Les compagnies suivantes nous ont accordé une subvention à l'éducation sans restriction pour la distribution de cette publication en 2009 :*

*Dermik, la division de dermatologie  
de sanofi-aventis Canada Inc.*

*Graceway Pharmaceuticals LLC*

*Johnson & Johnson Inc.*

*LEO Pharma Inc.*

*Procter & Gamble*

*Stiefel Laboratories*

© 2009 par SkinCareGuide.com Ltd. Skin Therapy Letter<sup>®</sup> - 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<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.