

# Skin Therapy Letter<sup>©</sup>

Volume 5 • Numéro 2 • Novembre-Décembre 2010

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 26 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.

**Karen Yan, RPh, BScPharm**

## CONSEILLÈRE PHARMACIENNE

Karen est pharmacienne à Vancouver, et elle est diplômée de la faculté des Sciences pharmaceutiques de l'Université de Colombie-Britannique.



Karen s'intéresse passionnément au développement permanent de la profession de pharmacien. De plus, au cours des dernières années de sa licence, elle a participé à la recherche et au développement de produits pharmaceutiques. Actuellement, Karen travaille en tant que pharmacienne communautaire à Laurel Prescriptions, une pharmacie qui se spécialise dans la fabrication de composés topiques et parentéraux.

**Les numéros antérieurs sont archivés et disponibles sur notre site Web :**  
[www.SkinTherapyLetter.ca](http://www.SkinTherapyLetter.ca)

## Crèmes hydratantes thérapeutiques dans la gestion de l'eczéma et la xérose

Anil Kurian, MN<sup>1</sup> et Benjamin Barankin, MD, FRCPC<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Université McMaster, Hamilton, Ontario, Canada

<sup>2</sup>Toronto Dermatology Center, Toronto, Ontario, Canada

### Introduction

L'eczéma est une inflammation de la peau chronique et récurrente, et qui exige, chez les patients qui en souffrent, le maintien de l'hydratation et de la fonction barrière de la peau grâce à l'usage quotidien d'une crème hydratante. On utilise depuis longtemps déjà les émoullissants pour maintenir la fonction barrière cutanée chez les patients qui font de l'eczéma (dermatite atopique). Les céramides et les crèmes hydratantes à base d'urée ont démontré qu'elles étaient bénéfiques pour diminuer la perte d'eau transépidermique, pour améliorer la fonction barrière et maintenir l'hydratation de la couche cornée de l'épiderme; elles devraient donc être à la base du traitement des patients souffrant de xérose (peau sèche) et d'eczéma.

### Survol de l'eczéma

L'eczéma est une maladie de la peau chronique, prurigineuse et inflammatoire dont la gravité varie énormément; c'est en général la première manifestation de la maladie atopique. L'eczéma est un problème important de santé publique mondial qui se manifeste couramment chez les bébés et les jeunes enfants mais qui peut aussi persister ou débiter chez les adultes (la prévalence chez les enfants est de 10 à 30% et de 1 à 3% chez les adultes<sup>1</sup>). Au cours des 30 dernières années sa prévalence a doublé et même triplé dans les zones urbaines et les pays industrialisés, mais elle demeure beaucoup plus faible dans les régions rurales et moins industrialisées<sup>2</sup>.

- Les causes de l'eczéma ne sont pas complètement comprises, mais le dérèglement de la barrière cutanée, probablement dû à des facteurs à la fois génétiques et environnementaux, ainsi que des dysrégulations du système immunitaire constituent une partie importante de sa pathophysiologie<sup>3</sup>.
- L'eczéma aigu se présente sous forme de plaques érythémateuses, de papules, de placards et d'excoriations secondaires au grattage; il peut aussi y avoir des suintements d'exsudats séreux. Les lésions chroniques ont les mêmes caractéristiques mais en plus elles présentent une lichénification, des crevasses et une alopecie occasionnelle<sup>4</sup>.
- L'eczéma infantile touche principalement les faces d'extension des bras et des jambes, le visage et le tronc qui sont faciles d'accès pour se gratter. Les bébés présentent couramment des squames, des exsudats et des crevasses.
- Chez les adultes, les plis de flexion, le visage et le cou, les poignets et la partie dorsale des mains et des pieds sont les zones les plus fréquemment touchées.

### Justification du traitement

Le but principal de la gestion de la maladie est de réduire la fréquence et la gravité des poussées et de prolonger les périodes de rémission. Une gestion complète à long terme doit traiter à la fois la dysfonction de la barrière cutanée et la dysrégulation du système immunitaire de la peau, mais elle doit aussi comprendre l'éducation du patient et du soignant,

## Justification du traitement (suite)

la prévention des poussées en évitant les facteurs déclenchants, l'hydratation, ainsi que des thérapies pharmacologiques et non pharmacologiques<sup>3</sup>.

- Les stratégies non pharmacologiques propres au patient doivent inclure l'élimination des allergènes (aliments, phanères animaux, pollen), l'identification des facteurs déclencheurs (stress, faible taux d'humidité) et une alimentation équilibrée<sup>5</sup>.
- Tout particulièrement au cours de l'enfance, un apport supérieur de vitamine A peut diminuer l'incidence de l'eczéma chez les enfants qui ont une histoire familiale positive d'atopie. La prise de *Lactobacillus* au cours de la grossesse et pendant l'allaitement peut retarder le début de l'eczéma chez les bébés et les enfants<sup>5</sup>.
- La thérapie pharmacologique comprend l'usage d'émollients, les corticostéroïdes topiques et les inhibiteurs de la calcineurine topiques.
- Pour l'automédication de l'eczéma léger, il existe des émollients et des corticostéroïdes topiques en vente libre comme l'hydrocortisone à 0,5 % (formule à dose faible) et le clobétasone à 0,05 % (formule à dose intermédiaire).

- Les pharmaciens éduquent de plus en plus les patients et les soignants afin qu'ils poursuivent une automédication sécuritaire et ils recommandent quand il est nécessaire de rechercher l'aide d'un médecin.
- Les buts de l'automédication sont de mettre fin au cycle des démangeaisons et du grattage, de maintenir l'hydratation de la peau, d'éviter ou de réduire au minimum les facteurs qui peuvent déclencher ou aggraver l'eczéma.
- La crème hydratante idéale est celle qui remplit quatre fonctions<sup>6</sup> :
  1. elle répare la barrière cutanée;
  2. elle maintient l'intégrité et l'apparence de la peau;
  3. elle diminue la perte d'eau transépidermale;
  4. elle restaure la capacité de la barrière lipidique d'attirer, retenir et redistribuer l'eau.
- Si les traitements offerts en vente libre ne produisent pas un soulagement adéquat, si des lésions eczémateuses semblent infectées ou si le sommeil du patient est souvent perturbé par du prurit, il est de mise que les parents ou les soignants consultent un médecin<sup>5</sup>.

## Formulations disponibles de crèmes hydratantes thérapeutiques

### *Les crèmes hydratantes à base de céramides*

- Des découvertes biochimiques récentes indiquent que ce sont des désordres dans les structures du compartiment des lipides de l'épiderme (particulièrement des céramides) qui expliquent les défauts de la fonction barrière de la peau sèche atopique<sup>7</sup>.
- Pour une fonction barrière optimale, il faut la présence de lipides extracellulaires en quantité suffisante pour constituer un système bicouche lamellaire compétent de la couche cornée<sup>7</sup>.
- Les céramides, qui consistent en différentes sous fractions de lipides, représentent l'un des principaux constituants lipidiques des lipides extracellulaires, et ils sont importants fonctionnellement pour la stabilité du système bicouche multilamellaire.
- Des études ont révélé qu'il y a baisse des céramides chez toute la population atopique, mais plus particulièrement chez ces individus qui sont dans la phase active de la maladie<sup>8</sup>.
- Une diminution des céramides a été inversement mise en corrélation avec la perte d'eau transépidermique qui peut entraîner la peau sèche chronique.
- L'administration de céramides topiques corrige la carence en céramides et améliore l'état général de la peau<sup>6</sup>.
- Leurs bienfaits résultent d'un usage prophylactique et régulier, ce qui pourrait diminuer le besoin des corticostéroïdes topiques et des inhibiteurs de la calcineurine topiques, et même atténuer les effets indésirables de ces médicaments.
- Les crèmes hydratantes à base de céramides en vente libre comprennent la crème Impruv<sup>®</sup> et la lotion Cetaphil Restoradem<sup>™</sup>. Les crèmes CeraVe<sup>™</sup> et Triceram<sup>®</sup> ne sont disponibles qu'aux États-Unis.

### *Crèmes hydratantes à base de céramides disponibles sur ordonnance*

- Elles comportent un pourcentage plus élevé (comparées aux marques en vente libre) d'une association de céramides, cholestérol et acides gras qui imitent ceux qui se trouvent naturellement dans la peau<sup>9</sup>.
- EpiCeram<sup>®</sup> a été approuvé par Santé Canada en septembre 2009 en tant que dispositif de classe II pour être utilisé comme une émulsion non stéroïdienne de la barrière lipidique afin de

contrôler les symptômes de brûlures et de démangeaisons qui accompagnent les problèmes de peau sèche tel que l'eczéma.

- Dans une étude clinique sur 113 enfants souffrant de dermatite atopique modérée à sévère, une efficacité similaire à celle d'un corticostéroïde à puissance modérée a été démontrée<sup>9</sup>.
  - Cette émulsion à multiples lipides a un profil d'innocuité favorable et ne semble pas présenter d'importantes restrictions à son usage par rapport à la durée du traitement ou l'âge du patient.
  - Les formulations à climat céramide comprennent la crème Epiceram<sup>®</sup> (disponible au Canada et aux États-Unis) et Atopiclair<sup>®</sup> et Mimyx<sup>®</sup> (disponibles aux États-Unis seulement).
- ### *Crèmes hydratantes avec urée sans hydrocortisone*
- Les crèmes hydratantes à base d'urée sont des formulations en vente libre qui sont indiquées pour la peau sèche (xérose) avec ou sans prurit.
  - L'urée agit en augmentant la capacité de fixation de l'eau de la couche cornée et il a été démontré qu'un traitement à long terme avec l'urée diminue la perte d'eau transépidermique<sup>10</sup>.
  - L'application de ces crèmes hydratantes doit se faire immédiatement après le bain sur une peau encore humide.
  - Les effets thérapeutiques à court terme des crèmes hydratantes à base d'urée sont visibles chez les patients ayant une peau sèche et de l'eczéma même après une seule semaine d'applications quotidiennes<sup>11</sup>.
  - Il a aussi été démontré que l'application à long terme d'urée amoindrit la susceptibilité à la peau sèche que cause le laurylsulfate de sodium, un surfactant couramment utilisé dans de nombreux savons, shampoings, détergents et dentifrices.
  - L'effet protecteur (à la suite d'un usage prolongé) des crèmes hydratantes à base d'urée a des ramifications cliniques prometteuses telle qu'une diminution de la dermatite de contact suite à un stimulus irritant<sup>10</sup>.
  - Des formulations à base d'urée en concentrations plus fortes provoquent une activité kératolytique (adoucissement/desquamation) plus importante qui peut augmenter l'irritation cutanée. Pour le visage et le corps, on utilise généralement une concentration moins puissante, et pour les zones où la

## Formulations disponibles de crèmes hydratantes thérapeutiques (suite)

peau est plus épaisse (comme les pieds), on peut appliquer des concentrations plus puissantes.

- Les crèmes hydratantes à base d'urée en vente libre comprennent plusieurs forces d'urée : 5 % (par exemple : Eucerin® en crème); 10 % (par exemple : Uremol® à 10 % en crème ou en lotion, Eucerin® en lotion ou en crème, Urisec™ en crème); 12 % (par exemple : Urisec™ en lotion); 20 % (par exemple : Uremol® 20 en crème); crèmes avec 22 % et 40 % d'urée.
- La crème à l'urée à 40% est un kératolytique puissant qui ne convient pas comme crème hydratante d'usage régulier.

### Crèmes hydratantes à base d'urée avec hydrocortisone

- Les crèmes hydratantes à base d'urée avec hydrocortisone sont des formulations concentrées délivrées sur ordonnance seulement, et elles sont efficaces pour la xérose avec inflammation et eczéma léger<sup>4</sup>.
- Les corticostéroïdes sont utilisés avec succès pour le contrôle de l'inflammation cutanée active dans l'eczéma. Les corticostéroïdes topiques à la dose efficace la plus faible sont toujours préférés pour le traitement local des lésions.

- L'efficacité de l'association d'un émoullient avec un corticostéroïde a été démontrée. Une étude prospective a trouvé que l'ajout de 10% d'urée à une crème avec stéroïde de préparation commerciale donnait de meilleurs résultats dans le traitement de l'eczéma atopique sub-aigu qu'une crème avec corticostéroïde seul<sup>12</sup>.
- Les effets secondaires des stéroïdes topiques sont en relation directe avec la puissance du composé et la durée de son usage.
- Les risques potentiels d'un usage à long terme des stéroïdes topiques comprennent des infections fongiques, l'impétigo, des verrues virales et l'herpès simplex. Cependant, l'arrêt de l'usage des corticostéroïdes peut provoquer un rebond des symptômes.
- Il a été démontré que la crème à 1% d'hydrocortisone à puissance faible est sécuritaire pour un usage cutané.
- Les crèmes hydratantes à base d'urée vendues uniquement sur présentation d'ordonnance qui contiennent 10% d'urée avec 1% d'hydrocortisone sont disponibles en lotion et en crème (par exemple : Uremol® HC).

## Gestion de la peau diabétique

- La xérose des pieds est un problème cutané courant dont l'incidence augmente avec l'âge, l'exposition aux conditions sèches hivernales et les changements physiologiques qui affectent l'apport sanguin dans les extrémités inférieures (diabète).
- Les personnes diabétiques ont une haute incidence de xérose des pieds, particulièrement aux talons.
- Voulant évaluer les indicateurs des lésions aux pieds chez les patients diabétiques, une étude a trouvé que 82,1 % de cette cohorte souffraient de sécheresse, de gerçures ou de crevasses<sup>11</sup>. Une étude non publiée sur 105 patients consécutifs ayant le diabète, conduite par un des auteurs, a révélé que 75 % avaient les manifestations cliniques de la peau sèche.
- La peau sèche mène souvent à des gerçures et des crevasses qui peuvent servir de porte d'entrée pour les bactéries. Ces gerçures et crevasses sont associées avec un risque accru de cellulite et d'ulcération aux pieds qui, si elles ne sont pas enrayées, pourront mener éventuellement à l'amputation.

- La xérose des pieds chez les individus diabétiques peut être contrôlée par un usage discipliné de crèmes hydratantes<sup>11</sup>.
- Les pourvoyeurs de soins de santé devraient inspecter de façon routinière les pieds des patients diabétiques et encourager l'hydratation quotidienne.
- On a trouvé que l'urée est un puissant humidifiant (en diminuant la perte d'eau transépidermique) et un agent détartrant.
- Les études sur des patients diabétiques ont révélé que l'urée est sécuritaire et efficace dans le contrôle de la xérose des pieds et qu'elle a démontré des effets plus durables que d'autres crèmes émoullientes<sup>11</sup>.
- La crème à base d'urée (particulièrement celle à 40 %) agit comme un kératolytique et elle aide au traitement des cors et des durillons aux pieds<sup>13</sup>. Cela peut être fonctionnellement important car ces papules hyperkératosiques peuvent être désagréables et même douloureuses et ainsi restreindre l'activité physique des individus qui en sont affligés.

## Conclusion

L'eczéma est un problème chronique et récurrent, et il est ainsi impératif de maintenir l'hydratation et la fonction barrière de la peau chez ces patients grâce à une hydratation quotidienne. On a démontré que les crèmes hydratantes à base de céramides et d'urée sont efficaces pour diminuer la perte d'eau transépidermale et maintenir l'hydratation de la couche cornée de l'épiderme, et elles devraient alors être la pierre angulaire du traitement des patients qui ont une peau sèche et de l'eczéma. Le manquement à une hydratation adéquate de la peau peut conduire à une poussée des symptômes ou une augmentation des infections. Par contre, l'observance d'un programme d'utilisation régulier de crèmes hydratantes produit l'amélioration de la qualité de vie pour le patient (moins de prurit, meilleure structuration du sommeil, moins de dépression) et une diminution de la gravité et de la fréquence des poussées d'eczéma<sup>14</sup>.

## Références

1. Simpson E.L., *Curr Med Res Opin* 26(3):633-640 (mars 2010).
2. Leung D.Y.M. et coll., *Lancet* 361(9352):151-160 (janvier 2003).
3. Levy M.L., *Curr Med Res Opin* 23(12):3091-3103 (décembre 2007).
4. Ahuja A., *South Med J* 96(11):1068-1072 (novembre 2003).
5. Carbone A., et coll., *Ann Pharmacother* 44(9):1448-1458 (septembre 2010).
6. Anderson P.C., et coll., *Curr Opin Pediatr* 21(4):486-490 (août 2009).
7. Chamlin S.L., et coll., *J Am Acad Dermatol* 47(2):198-208 (août 2002).
8. Di Nardo A., *Acta Derm Venereol* 78(1):27-30 (janvier 1998).
9. Madaan A., *Drugs Today* 44(10):751-755 (octobre 2008).
10. Flynn T.C., et coll., *Clin Dermatol* 19(4):387-392 (juillet 2001).
11. Trung H., et coll., *Ostomy Wound Manage* 48(5):30-36 (mai 2002).
12. Hindson T.C., *Arch Dermatol* 104(3):284-285 (septembre 1971).
13. Hogan D.J., et coll., *Corns : treatment and medication*. Disponible à : <http://emedicine.medscape.com/article/1089807-treatment>. Accédé le 30 septembre 2010.
14. Loden M., *J Eur Acad Dermatol Venereol* 19(6):672-688 (novembre 2005).

# Les poux de tête : un bilan des thérapies topiques et de la montée de la résistance aux pédiculicides

Jason Sneath, MD<sup>1</sup> et John W. Tool, MD, FRCPC<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Département de dermatologie et de science cutanée, Université de Colombie-Britannique, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada

<sup>2</sup>Section de dermatologie, Université du Manitoba, Winnipeg, Manitoba, Canada

## Introduction

Les infestations par les poux de tête (*Pediculus humanis capitis*) surviennent partout dans le monde et on estime que leur prévalence varie entre 1 à 3 % des enfants fréquentant l'école primaire<sup>1,2</sup>. Bien que ce parasite obligatoire soit une nuisance, une infestation ne pose pas de risques pour la santé. Les infestations ont tendance à se produire plus fréquemment chez les filles<sup>3</sup> et moins fréquemment chez les enfants noirs<sup>4</sup>, les poux semblant avoir plus de difficultés à saisir la tige de leurs cheveux en forme ovale. Elles ne sont pas en rapport avec une piètre hygiène personnelle. Elles surviennent dans tous les statuts socioéconomiques mais elles éclatent plus fréquemment dans des situations avec des effectifs surchargés. Une récente évidence suggère que la fréquence croissante de l'échec des traitements topiques pourrait être reliée à une résistance grandissante aux pédiculicides neurotoxiques qui ont été le traitement de première intention au cours des quarante dernières années<sup>5</sup>. Nous ferons ici le bilan des options courantes des traitements topiques (Tableau 1) et nous incluons les plus récentes options non pédiculicides.

## Survol des faits sur les poux

- *Pediculus humanis capitis* (le pou de tête) est un insecte non ailé qui suce le sang de son hôte.
- Un pou ne peut pas sauter mais il a 6 pattes adaptées pour ramper le long des cheveux à 23 cm à la minute<sup>6</sup>.
- Un pou se nourrit toutes les 3 à 6 heures.
- Avant de se nourrir, le pou injecte de la salive dans la peau.
- La durée de sa vie est d'environ 4 semaines et la femelle pond 6 à 8 œufs par jour.
- Les œufs éclosent en 8 jours, laissant leur coquille (la lente) cimentée à la base du cheveu.
- Les poux de tête se propagent par contact de tête à tête, les tissus partagés, les peignes partagés et autres objets susceptibles d'héberger les poux qui sont couramment au contact du cuir chevelu et des cheveux<sup>7</sup>.
- Un pou peut survivre deux à trois jours en dehors d'un hôte humain.
- Les animaux familiers ne sont pas des vecteurs.

## Diagnostic et symptômes

De nombreux individus affectés ne rapportent aucun symptôme mais le symptôme le plus fréquemment rapporté est le prurit du cuir chevelu<sup>8</sup>. On croit que le prurit est causé par une hypersensibilité à la salive du pou qui est injectée dans la peau au moment du repas, mais souvent les démangeaisons ne surviennent que une à quatre semaines après l'infestation. N'importe quelle partie du cuir chevelu peut être colonisée, mais il semble qu'il y ait une préférence marquée pour la nuque et les régions en arrière des oreilles.

### Signes cutanés :

- Souvent on ne trouve rien de significatif sur la peau.
- On peut trouver à la nuque des lésions prurigineuses et papuleuses.
- Il peut y avoir des excoriations sur le cuir chevelu.
- Une infection staphylocoque secondaire est possible.
- Une inflammation des ganglions du cou et de la nuque est possible.

### Signes capillaires :

- Une infestation active est confirmée par la présence de poux adultes vivants ou de nymphes (poux pondus immatures) en place sur le cuir chevelu avec des lentes.
- La présence de lentes seules ne confirme pas une infestation active, une coquille vide pouvant rester cimentée à un cheveu même après l'élimination de l'infestation.
- La distance qui sépare la lente du cuir chevelu peut fournir un indice sur la durée de l'infestation, celle-ci s'éloignant loin du cuir chevelu au fur et à mesure que le cheveu pousse.

- Une lente à 0,6 mm du cuir chevelu est généralement un œuf viable.
- Pour bien faire la différence entre des œufs et des pellicules, essayer de les déloger de la tige du cheveu. Les pellicules s'enlèvent facilement alors que les lentes non.

La meilleure méthode de poser un diagnostic est le démêlage des cheveux mouillés ou secs avec un peigne à lente à dents serrées espacées de 0,2 mm. Une étude comparant le démêlage des cheveux mouillés avec l'inspection visuelle a révélé que le démêlage des cheveux mouillés pouvait diagnostiquer avec justesse une infestation 90,5 % des fois, contre 28,6 % des fois avec l'inspection visuelle<sup>2</sup>.

### Instructions pour la détection par le démêlage des cheveux mouillés<sup>9</sup> :

- Appliquer une quantité généreuse de revitalisant.
- Démêler avec un peigne normal.
- Poser le peigne à lentes sur le cuir chevelu et tirer jusqu'aux pointes.
- Vérifier si le peigne a des poux après chaque traction. Essuyer chaque fois le peigne avec un mouchoir en papier et chercher les poux.
- Jeter le mouchoir en papier dans un sac en plastique.
- Passer le peigne dans la totalité du cuir chevelu au moins 5 fois.
- Sceller le sac de plastique et le jeter.
- S'il y a détection de poux vivants, rincer toutes les traces du revitalisant avant d'appliquer le traitement.

## Options de traitement

Méthode	Traitement	Application	Commentaires
<i>Pédiculicides topiques non insecticides</i>	Rince d'isopropylmyristate à 50 % + rince de ST-cyclométhicone à 50 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 30 à 120 ml de la lotion est appliquée sur les cheveux secs et le cuir chevelu (particulièrement sur la nuque); laisser agir pendant 10 minutes</li> <li>• Coiffer les cheveux avec un peigne à lentes et laver avec un shampoing</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agit par la dissolution de la couche externe de l'exosquelette du pou, ce qui le déshydrate et le tue</li> <li>• Moindre risque de résistance car mécanisme mécanique</li> <li>• Deux applications espacées de 7 à 10 jours habituellement nécessaires</li> <li>• Approuvé pour un emploi chez les patients de deux ans et plus</li> <li>• Peut causer un érythème, une sensation de brûlure et la sécheresse du cuir chevelu<sup>10</sup></li> </ul>
	Produit à base de plantes (HairClean 1-2-3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appliquer le produit sur le cuir chevelu et les cheveux; laisser en place pendant 15 minutes avant de rincer</li> <li>• Appliquer 3 fois avec 5 jours d'intervalle entre les applications</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un produit à base de plantes contenant de l'anis, de la noix de coco, de l'huile de ylang-ylang et de l'alcool isopropylique</li> <li>• Mécanisme d'action suggéré : provoquer une «réaction de fuite» en créant pour le pou un environnement indésirable</li> <li>• Une étude israélienne parrainée par un fabricant a trouvé une efficacité comparable (92 %) à un pédiculicide contenant de la perméthrine, du malathion et du butoxyde de piperonyl<sup>11</sup></li> <li>• Données d'efficacité et de toxicité non disponibles</li> </ul>
<i>Pédiculicides topiques</i>	Crème de perméthrine (à 1 % ou 5 %)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laver les cheveux avec un shampoing sans revitalisant et assécher avec une serviette</li> <li>• Appliquer le produit sur le cuir chevelu et les cheveux pendant 10 minutes avant de rincer (25 ml)</li> <li>• Coiffer les cheveux avec un peigne à lentes</li> <li>• Répéter 7 jours plus tard</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pyréthroïde synthétique, neurotoxique pour les poux, mais faible neurotoxicité chez les humains; éviter son emploi pour les patients qui ont une allergie déclarée aux chrysanthèmes</li> <li>• La préparation à 1 % disponible en vente libre</li> <li>• Ne tue pas les œufs, il faut donc recommencer le traitement 7 à 10 jours plus tard</li> <li>• Approuvé pour les patients de deux ans et plus</li> <li>• Peut causer des démangeaisons ou une sensation de brûlure sur le cuir chevelu</li> </ul>
	Pyrethrine 0,33 % + butoxyde de piperonyl 4 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appliquer le produit sur les cheveux secs puis ajouter de l'eau et faire mousser</li> <li>• Rincer; ne pas utiliser de revitalisant</li> <li>• Répéter 7 jours plus tard</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fabriqué à partir d'un extrait de chrysanthème, neurotoxique pour les poux mais faible neurotoxicité pour les humains</li> <li>• Éviter en cas d'allergie confirmée aux chrysanthèmes ou à l'herbe à poux (ambrosia)</li> <li>• Approuvé pour utilisation chez les patients de 2 ans et plus</li> <li>• Peut causer des démangeaisons ou une sensation de brûlure sur le cuir chevelu</li> </ul>
	Lindane (benzène hexachlorure 1 %)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appliquer le produit sur les cheveux secs libres de revitalisant, gel ou fixatif</li> <li>• Bien faire pénétrer dans les cheveux et le cuir chevelu jusqu'à ce qu'ils soient mouillés et laisser en place pendant 4 minutes</li> <li>• Rincer en veillant soigneusement à ne pas étendre le produit à d'autres zones du corps</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organophosphate neurotoxique pour les poux et les humains</li> <li>• Traitement de deuxième intention à cause du risque de toxicité qui peut entraîner des convulsions<sup>12</sup></li> <li>• Peut aussi entraîner une inhibition médullaire si absorbé par voie générale</li> <li>• Déconseillé pour les patients de moins de deux ans, pendant la grossesse, l'allaitement et chez les patients avec une histoire de convulsions</li> </ul>

**Tableau 1 :** Options de traitements topiques pour les poux de tête<sup>9-13</sup>

Traditionnellement, les pédiculicides topiques ont été la pierre angulaire du traitement initial de la pédiculose. Ils sont largement disponibles sans prescription et cela a contribué à rendre difficile l'accumulation des données sur la véritable prévalence de cette infestation. On peut probablement mettre au compte de cet accès facile et d'un usage inadapté, l'importante résistance aux pédiculicides topiques qui s'est déclarée. La résistance à l'effet choc (kdr) est une insensibilité à transmission héréditaire au dichlorodiphényltrichloroéthane (DDT), aux pyréthrinés et aux pyréthroïdes. Une récente étude qui a examiné des poux recueillis au Québec, en Ontario et en Colombie-Britannique, a trouvé l'allèle de la résistance chez 97,1 % des 274 poux de l'échantillonnage<sup>5</sup>. Ces résultats suggèrent qu'une importante résistance aux options de traitements de première intention existe maintenant au Canada.

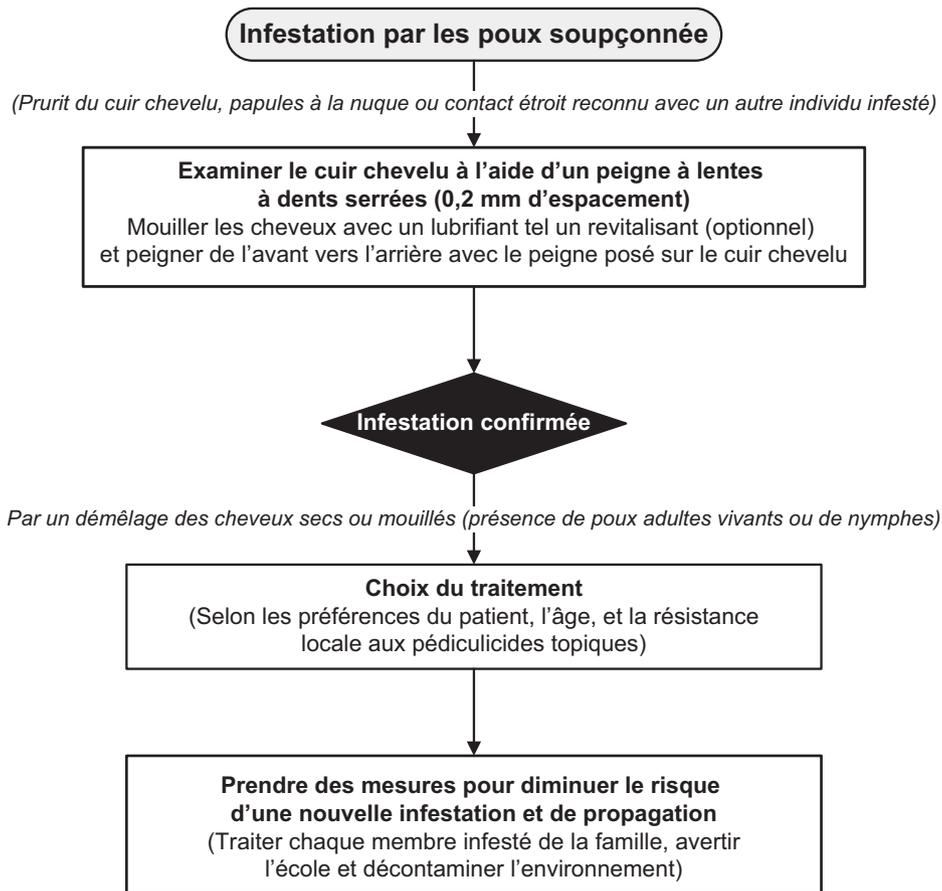
Cette résistance grandissante étant reconnue, on cherche avec un intérêt croissant au Canada, à examiner des options efficaces non pédiculicides. Une récente étude a démontré que l'efficacité de l'isopropylmyristate 50 % était considérablement plus élevée (57 %) que celle du traitement habituel avec pyréthrine à 0,33 % + butoxyde de piperonyle à 4 %<sup>10</sup>.

Un traitement non pédiculicide peut être efficace contre les infestations résistantes au traitement, mais le problème d'une nouvelle infestation transmise par des proches ou des objets susceptibles d'héberger des poux demeure un problème courant. Il est donc important, tout en suivant le traitement, de décontaminer l'environnement.

*Décontamination environnementale*<sup>14</sup>

- Les membres de la famille et les amis proches devraient être examinés et traités s'il y a infestation.
- Tous les vêtements, la literie, les peignes, les jouets et les objets en tissu utilisés par les individus dans les trois jours précédant le traitement devraient être décontaminés.
- Les tissus peuvent être lavés à l'eau très chaude et mis à la sècheuse pendant 20 minutes.
- Les objets qui ne peuvent pas être lavés peuvent être entreposés dans un sac de plastique bien fermé pendant deux semaines ou dans un congélateur pour 24 heures.
- Les brosses à cheveux peuvent être trempées dans de l'alcool à friction pendant une heure.
- Les planchers et les meubles peuvent être nettoyés en y passant l'aspirateur.
- Il n'est pas recommandé de vaporiser dans la maison un pédiculicide.
- Les règlements scolaires exigeant zéro lente ne sont pas nécessaires.

*Arbre de gestion*



*Remèdes homéopathiques*

L'efficacité clinique des remèdes homéopathiques (vaseline, beurre d'arachide, mayonnaise, huile d'arbre à thé et vinaigre) n'est toujours pas établie.

## Élimination manuelle

Certains patients préféreront essayer des traitements mécaniques avant de faire une thérapie topique. Le passage du peigne dans les cheveux mouillés peut servir, comme décrit plus haut, à la fois de diagnostic et de thérapie. Pour essayer cette méthode, le patient devrait passer le peigne dans la totalité du cuir chevelu mouillé jusqu'à ce que plus aucun pou ne soit trouvé, soit tous les 3 à 4 jours pendant trois semaines, ou au moins pendant deux semaines après que le dernier pou adulte vivant ait été trouvé<sup>14</sup>.

## Échec du traitement

L'échec du traitement est couramment le résultat d'un traitement inadéquat (quantité utilisée insuffisante) ou inadapté (répétition du traitement avant 7 jours), de la résistance, ou d'une réinfestation. S'il y a eu décontamination environnementale et que le traitement a été correctement administré, il faut alors immédiatement traiter à nouveau avec un autre agent.

Les patients devraient être avisés que des démangeaisons du cuir chevelu peuvent survenir à la suite de l'application d'insecticides, mais elles n'indiquent pas nécessairement la résistance au traitement ou une réinfestation.

## Conclusion

L'infestation par les poux de tête est un problème courant chez les enfants au Canada. Le traitement de première intention avec des pédiculicides topiques n'est malheureusement plus aussi efficace qu'il l'a déjà été à la suite d'une résistance à transmission héréditaire dont la prévalence semble augmenter. Les pédiculicides non insecticides topiques peuvent être une option efficace en cas d'échec du traitement suite à la résistance des poux aux traitements habituels.

## Références

1. Harris J. et coll., *Commun Dis Public Health* 6 (3) : 246-249 (septembre 2003).
2. Jahnke C. et coll., *Arch Dermatol* 145 (3) : 309-313 (mars 2009).
3. Counahan M. et coll., *J Paediatr Child Health* 40 (11) : 616-619 (novembre 2004).
4. Centers for Disease Control and Prevention. Fiche d'informations: head lice. Disponible à : <http://www.cdc.gov/lice/head/factsheet.html>. Accédé le 28 juin 2010.
5. Marcoux D. et coll., *J Cutan Med Surg* 14 (3) : 115-118 (mai-juin 2010).
6. Ko C. J. et coll., *J Am Acad Dermatol* 50 (1) : 1-12 (janvier 2004).
7. Burkhart C. N. et coll., *J Am Acad Dermatol* 56 (6) : 1044-1047 (juin 2007).
8. Mumcuoglu K. Y. et coll., *J Med Entomol* 41 (4) : 803-806 (juillet 2004).
9. District Health Authority Public Health Services of Nova Scotia. Guidelines for treatment of pediculosis capitis (head lice), August 2008. Disponible à : <http://www.gov.ns.ca/hpp/publications/Head Lice Guidelines for Treatment.pdf>. Accédé le 3 juillet 2010.
10. Kaul N. et coll., *J Cutan Med Surg* 11 (5) : 161-167 (septembre-octobre 2007).
11. Mumcuoglu K. Y. et coll., *Isr Med Assoc J* 4 (10) : 790-793 (octobre 2002).
12. US Food and Drug Administration public advisory on lindane. Disponible à : <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/ucm110845.htm>. Accédé le 4 juillet 2010.
13. Recommandations du Comité consultatif national des maladies infectieuses et de l'immunisation. Société canadienne de pédiatrie, *Paediatr Child Health* 13 (8) : 692-704 (octobre 2008).
14. Goldstein A. O. et coll., (janvier 2010). Disponible à : <http://www.uptodate.com/home/index.html>. Accédé le 3 juillet 2010.



# Skin Therapy Letter®

Les numéros antérieurs sont archivés et disponibles sur notre site Web : [www.SkinTherapyLetter.ca](http://www.SkinTherapyLetter.ca)

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

# Réparer la barrière cutanée dans la gestion de la dermatite atopique

Reza Alizadehfar, MD, FRCPC

Division d'immunologie clinique et d'allergologie, Université McGill, Montréal, Québec, Canada  
Hôpital de Montréal pour Enfants, Montréal, Québec, Canada

## Mise en contexte

Le terme «atopique» a été inventé par Cooke et Coca en 1923. Il vient du mot grec *atopos* qui signifie déplacé et dénote une réaction immunitaire qui est «insolite ou bizarre». La dermatite atopique (DA) est une éruption inflammatoire chronique, récurrente, et souvent symétrique, caractérisée par du prurit et de la xérose (peau sèche). La DA apparaît souvent dans les premiers mois de la vie, mais sa prévalence diminue avec l'âge. On estime qu'elle touche 15 % des enfants dans le monde entier<sup>1</sup>, et elle peut persister jusque dans l'âge adulte. Cette pathologie a probablement pour cause l'interaction de facteurs génétiques et environnementaux.

## Les facteurs génétiques dans la dermatite atopique

- Une forte participation génétique dans la DA a été clairement établie.
- Des études d'analyse des liaisons et l'examen des polymorphismes dans les gènes d'un certain nombre de candidats ont identifié plusieurs locus chromosomiques et gènes potentiels comme facteurs de sensibilité possibles.
- On postule que les variants génétiques dans ces locus et gènes sont impliqués dans :
  - la production d'anticorps immunoglobulines E (IgE)
  - la régulation de la réponse immunitaire dans la peau et les muqueuses
  - le dérèglement de la barrière épidermique, en passant par la modulation de la maturation épidermique.

## Les facteurs environnementaux dans la dermatite atopique

- Cependant, les facteurs génétiques seuls n'arrivent pas à expliquer les résultats d'études épidémiologiques indiquant la récente augmentation considérable de la prévalence de la dermatite atopique, particulièrement dans les pays industrialisés.
- Ainsi, on a suggéré que les facteurs environnementaux jouaient un rôle clé de médiation dans l'expression de la maladie.
- Chez certains patients, la sensibilisation aux acariens de la poussière et à certains aliments peut jouer un important rôle étiologique.
- Par contre, des facteurs non allergènes peuvent aussi contribuer à la pathologie de la DA en influençant la dysrégulation, ce qui débouchera sur la perturbation de la barrière cutanée. Ces facteurs sont :
  - un faible taux d'humidité environnementale
  - une colonisation par *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*)
  - une exposition ou un manque d'exposition dans la petite enfance à certains facteurs microbiens
  - une exposition à des polluants, des détergents et autres irritants
  - une chaleur excessive.

## La perturbation de la barrière cutanée

- L'épiderme de la peau fonctionne non seulement comme une barrière physique et anatomique mais elle est également un vaste organe immunologique.
- Cette barrière protège constamment contre la pénétration de divers microbes, allergènes et irritants.
- On a trouvé que dans la DA, une barrière cutanée dysfonctionnelle provoque une augmentation de la perte hydrique transépidermique, entraînant une déshydratation cutanée importante.
- Une barrière ainsi endommagée peut laisser pénétrer dans la peau les allergènes, les microbes et les irritants et déclencher la réaction pro-inflammatoire qui typiquement caractérise la DA.
- L'étendue du dysfonctionnement de la barrière et le degré d'inflammation dans les lésions de la DA sont en rapport étroit<sup>2</sup>.
- On a comparé la couche cornée de la peau à un mur de briques, composé de kératinocytes différenciés terminaux (les briques) entourés d'une matrice de lipides spécialisés.
  - Les principaux lipides de la couche cornée sont :
    - les céramides (50 % de la masse)
    - le cholestérol (25 % de la masse)
    - les acides gras (10 à 20 % de la masse).
- Ces éléments créent une barrière qui aide à :
  - garder l'eau à l'intérieur du corps
  - empêcher la pénétration des pathogènes et des allergènes.
- On a démontré que les patients qui souffrent de DA ont des taux réduits de lipides dans la couche cornée (par exemple, de céramides<sup>3,4</sup>).
- Ce défaut de la barrière affecte non seulement la peau touchée mais aussi celle qui ne l'est pas, et cela est en rapport avec une diminution de la fraction des céramides dans la couche cornée.
- Des anomalies génétiques dans l'expression de l'inhibiteur de la protéase et des taux réduits de protéines dans l'enveloppe kératinisée, comme la filaggrine<sup>5</sup>, avivent le délabrement cutané rencontré dans les affections eczémateuses.
- Le stress peut aussi aggraver cette dysfonction de la barrière en produisant des glucocortéroïdes endogènes qui freinent la synthèse des lipides épidermiques.
- Finalement, les démangeaisons intenses et les grattements considérables qui accompagnent la DA peuvent aussi constituer un facteur important qui mène à la perturbation de la barrière cutanée.

## Options pour la gestion

Il existe, selon la gravité de la maladie, un éventail de traitements pour la dermatite atopique. Une gestion réussie qui a pour but la diminution des poussées rebonds exige l'association d'un traitement médical, d'une thérapie non pharmacologique et d'une modification du style de vie.

### *Les corticostéroïdes topiques*

- Depuis plusieurs décennies, les corticostéroïdes topiques sont la pierre angulaire du traitement des poussées rebonds de DA.
- Un certain nombre de produits sont disponibles dans divers véhicules, forces et concentrations.
- Les produits à dose faible devraient être utilisés chez les bébés et sur les zones de la peau sensibles (comme le visage, le cou, l'aîne et les aisselles) afin de diminuer le plus possible les effets indésirables tels que l'atrophie cutanée, l'acné et des effets secondaires systémiques.
- Les corticostéroïdes topiques devraient être utilisés pour la plus courte durée de temps et dans la dose la plus faible possible, tout en permettant la maîtrise des poussées rebonds, afin de réduire au minimum les effets indésirables.
- Inversement, les patients mal informés et/ou les parents qui ont la phobie des stéroïdes devraient savoir que le refus d'un traitement approprié affectera le bien-être de leur enfant et prolongera inutilement la durée de cette maladie parfois débilante.

### *Les inhibiteurs de la calcineurine topiques (ICT)*

- Les ICT conviennent à la gestion de la :
  - DA légère à modérée (pimécrolimus)
  - DA modérée à sévère (tacrolimus)
- Les ICT inhibent l'activation cellulaire et la libération des cytokines impliquées dans la cascade pro-inflammatoire de la DA.
- Leurs effets secondaires comprennent une irritation cutanée et une sensation de brûlure en début de thérapie, mais qui généralement se calment avec le temps.
- L'innocuité de leur usage prolongé n'est pas connue, et quelques rares observations de tumeurs malignes ont fait surface<sup>6,7</sup>; cependant, on ne possède pas d'évidence d'un taux accru de lymphomes si on le compare à celui de la population en général<sup>8</sup>.
- Les ICT sont généralement utilisés pour les patients qui ne répondent pas ou qui souffrent d'effets secondaires inacceptables avec la thérapie classique<sup>6,7</sup>.

### *Les antihistaminiques oraux*

- Il existe une absence de preuve pour soutenir l'usage d'antihistaminiques sédatifs et non sédatifs pour le traitement de la dermatite atopique.
- La première génération d'antihistaminiques (diphenhydramine et hydroxyzine) est parfois recommandée le soir, pour ses effets sédatifs.

### *Les agents antimicrobiens*

- Une surinfection secondaire avec *S. aureus* est courante et on la traite avec une courte cure d'antibiotiques qui ont un spectre d'action anti-staphylocoques.
- Pour ceux qui sont colonisés de façon chronique, certains experts ont recommandé des bains antiseptiques.

### *Les émollients*

- La thérapie avec émollients maintient les taux d'hydratation et les défenses de la barrière cutanée, ce qui diminue la fréquence et la gravité des poussées rebonds de la DA.
- Les émollients adoucissent et calment la peau.
- Les émollients les plus courants comprennent la vaseline, les huiles animales, le beurre de cacao, la lanoline, les lipides, l'huile minérale et le beurre de karaté.
- On n'a pas de fortes preuves que les émollients améliorent directement la DA.
- Cependant, on recommande largement les émollients parce qu'ils améliorent l'apparence et les symptômes de la peau sèche qui est couramment présente dans la DA<sup>9</sup>.
- Des études ont démontré que les émollients peuvent diminuer le besoin de stéroïdes topiques et augmenter la réponse thérapeutique lors de leur usage<sup>10,11</sup>.
- Étant donné l'absence d'études concluantes démontrant la supériorité d'un émollient sur un autre, leur emploi sera dicté par les préférences du patient.

### *Les crèmes réparatrices de la barrière cutanée*

- Étant donné l'importance du dérèglement de la fonction barrière dans la DA, l'usage d'agents topiques visant à accélérer son amélioration représente une nouvelle approche thérapeutique.
- Bien que très importants pour le soulagement des symptômes de la DA, les émollients peuvent rester insuffisants pour la correction de la perte hydrique transépidermique et la carence en céramides qui résultent de la barrière cutanée déficitaire des patients souffrant de DA.
- L'efficacité et la tolérance des nouvelles crèmes réparatrices de la barrière cutanée à base de céramides ayant un rapport plus physiologique 3 : 1 : 1 : de céramides, acides gras libres et cholestérol, ont été étudiées dans deux essais cliniques organisés par des compagnies<sup>12,13</sup>.
  - Dans une étude pédiatrique multicentrique, randomisée à l'insu des investigateurs, utilisant une crème réparatrice de la barrière cutanée à dominante de céramide (EpiCeram<sup>®</sup>), une efficacité similaire a été démontrée lorsque comparée avec le propionate de fluticasone à 0,05 %, un stéroïde à puissance modérée<sup>12</sup>. Aucun événement indésirable n'a été observé dans aucun des groupes de sujets. Cependant, 4 patients sur les 59 dans le groupe barrière ont expérimenté une poussée rebond qui a exigé l'usage court d'une crème de fluticasone.
  - EpiCeram<sup>®</sup>, une crème réparatrice de la barrière cutanée sans corticostéroïdes, à base de lipides, a été approuvé par Santé Canada en septembre 2009 comme un dispositif de classe II et n'est disponible que sur prescription.
  - Une mince couche est appliquée sur la région affectée deux fois par jour ou comme nécessaire en massant légèrement dans la peau. Suite à l'application, une sensation de picotement passagère peut persister pendant 10 à 15 minutes.
- Des études sur l'usage coexistant à la fois de stéroïdes topiques et de crèmes réparatrices de la barrière cutanée ne sont pas encore disponibles.

## Options pour la gestion (suite)

### *Facteurs non pharmacologiques et modification du style de vie*

- Les poussées rebonds de DA peuvent être diminuées par :
  - le port de vêtements en coton doux
  - le lavage du linge avec des détergents doux
  - l'élimination d'un assouplissant dans la lessive
  - le contrôle de la température et de l'humidité ambiantes à la maison
  - la mise en place de mesures pour diminuer l'exposition aux acariens de la poussière chez les individus sensibilisés
  - l'élimination d'aliments spécifiques pour les individus sensibilisés, mais c'est une mesure plus rare. Si l'on soupçonne un aliment déclenchant, il peut être utile de consulter un allergologue.
- Il est important d'insister sur l'inutilité d'instaurer des régimes très restrictifs, ceux-ci pouvant avoir un sérieux impact psychologique et mener à la malnutrition.
- Les programmes éducatifs produisent chez ceux qui les suivent d'importantes améliorations de la gravité de la DA et de la satisfaction du traitement, comparés aux groupes de contrôle<sup>14</sup>.

## Conclusion

Étant donné la meilleure appréciation du rôle de la barrière cutanée dans la pathogenèse de la DA, l'usage d'agents qui peuvent stabiliser les défenses épidermiques pourrait diminuer la dépendance exclusive actuelle sur les stéroïdes topiques et les immunorégulateurs. Ces crèmes réparatrices de la barrière cutanée ne visent pas l'inflammation directement, mais elles agissent plutôt à un stade plus précoce du processus pathologique afin de normaliser la fonction barrière et réduire les signaux pro-inflammatoires. Cette approche pourrait éventuellement produire de meilleurs résultats du traitement avec moins d'effets indésirables.

## Références

1. Williams H. et coll., *J Allergy Clin Immunol* 103 (1 Pt 1) : 125-138 (janvier 1999).
2. Lebwohl M. et coll., *Cutis* 76 (6 Suppl) : 7-12 (décembre 2005).
3. Imokawa G., *J Am Acad Dermatol* 45 (1 Suppl) : S29-32 (juillet 2001).
4. Pilgram G. S. et coll., *J Invest Dermatol* 117 (3) : 710-717 (septembre 2001).
5. Palmer C. N. et coll., *Nat Genet* 38 (4) : 441-446 (avril 2006).
6. US FDA Alert for Healthcare Professionals: Pimécrolimus. Disponible à : <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/ucm126497.htm>. Accédé la dernière fois : le 2 août 2010.
7. US FDA Information for Healthcare Professionals: Tacrolimus. Disponible à : <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/ucm126497.htm>. Accédé la dernière fois : le 2 août 2010.
8. Association canadienne de dermatologie : Énoncé de principe sur les inhibiteurs topiques de la calcineurine. Disponible à : [http://www.dermatology.ca/media/position\\_statement/position\\_topical\\_calcineurin\\_inhibitors.html](http://www.dermatology.ca/media/position_statement/position_topical_calcineurin_inhibitors.html). Accédé la dernière fois : le 12 septembre 2010.
9. Hanifin J.M. et coll., *J Am Acad Dermatol* 50 (3) : 391-404 (mars 2004).
10. Lucky A.W. et coll., *Pediatr Dermatol* 14 (4) : 321-324 (juillet-août 1997).
11. Kantor I. et coll., *Today Ther Trends* 11 : 157-66 (1993).
12. Chamlin S.L. et coll., *J Am Acad Dermatol* 47 (2) : 198-208 (août 2002).
13. Sugarman J. L. et coll., *J Drugs Dermatol* 8 (12) : 1106-11 (décembre 2009).
14. Staab D. et coll., *Pediatr Allergy Immunol* 13 (2) : 84-90 (avril 2002).

# Un label de recommandation pour évaluer les déclarations des produits de soins de la peau



## Le Comité de révision en dermatologie

Pour le consommateur moyen, le choix de produits en vente libre peut être un casse-tête, une perte de temps et une source d'anxiété. Au Canada, les soins d'hygiène et de beauté constituent une industrie de 5 milliards de dollars offrant des milliers de produits compétitifs et beaucoup parmi ceux-ci déclarent être bons pour la peau. La publicité nous inonde de messages sur les qualités de ces produits mais comment être sûr que si nous les achetons, ils tiendront leurs promesses?

Quand on lit sur un produit qu'il a été «testé par des dermatologues» ou «approuvé par des dermatologues», cela peut nous rassurer sur la qualité du produit en vente libre que l'on achète car, ayant été examiné par un professionnel, il devrait produire les résultats désirés. La réalité est que ces phrases ne signifient rien de précis ou rien de plus que des dermatologues ont essayé ce produit à la requête du fabricant.

C'est pour cela que diverses organisations ont créé des labels de recommandation pour des produits : par exemple, l'Association de dermatologie canadienne a créé un label de recommandation pour les écrans solaires, comme les associations dentaires américaines et canadiennes l'ont fait pour leurs produits dentaires dont les dentifrices. Les produits qui affichent un « label de recommandation » facilitent le choix des produits qui ne relève plus du hasard.

En réaction à l'embarras du consommateur, un nouveau processus de révision professionnelle pour les produits de soins de la peau s'est formé. En juillet 2007, le Comité de révision en dermatologie (CRD) a été établi pour fournir des révisions professionnelles des déclarations des produits de soins de la peau. Le but global du CRD est double : Premièrement, le CRD aidera les consommateurs et les professionnels médicaux à facilement identifier les produits de soins de la peau en vente libre qui satisfont aux normes de recommandation indépendantes par rapport aux déclarations des produits; et deuxièmement, le CRD encouragera les fabricants à faire plus de recherche clinique.

## Le processus de révision et de recommandation

Le CRD est formé d'un groupe de dermatologues principaux d'à travers le Canada. Le Comité de révision fournit des évaluations dermatologiques indépendantes des données scientifiques disponibles confirmant les déclarations du produit de soins cutanés dans le but de confirmer qu'il satisfait aux critères du Comité de révision en dermatologie.

Les fabricants sont invités à soumettre leurs produits au CRD en vue d'une révision. Le CRD accepte les demandes pour les produits de soins cutanés en vente libre et autres produits de consommation qui font des déclarations en relation avec les soins de la peau.

Les données scientifiques de chaque produit sont révisées par au minimum trois réviseurs choisis dans le Comité selon leur expertise par rapport au domaine d'un produit particulier. Les réviseurs évaluent de façon indépendante chaque demande pour vérifier s'il existe suffisamment de données scientifiques pour soutenir les déclarations au sujet du produit. Les évaluations sont classifiées et une décision finale est émise par le Conseil des gouverneurs formé de trois dermatologues qui sont des autorités nationales en dermatologie.

Le label de recommandation du Comité de révision en dermatologie n'est accordé qu'aux produits qui satisfont aux critères établis par le CRD. Le label du CRD est facile à identifier et peut être affiché bien en évidence sur les produits recommandés; son impact visuel espère encourager les Canadiens à faire des choix éduqués sur leurs produits de soins de la peau.

## L'usage du label

Les fabricants peuvent afficher le label de recommandation sur l'emballage d'un produit, sur sa publicité et autres moyens de promotion à l'intérieur du Canada. En plaçant le label bien en évidence sur les produits et le matériel de promotion, les consommateurs et les professionnels médicaux seront aidés dans l'identification facile des produits qui satisfont aux critères établis par le CRD et qui sans doute donneront les résultats escomptés.

Jusqu'à présent, le label de recommandation ci-dessus a reçu un certain nombre de demandes, et plusieurs produits ont été déjà approuvés.

Pour plus de renseignements sur le Comité de révision en dermatologie et pour savoir quels sont les produits qui ont été approuvés, visitez [www.dermatologyreviewpanel.ca](http://www.dermatologyreviewpanel.ca).

ABONNEZ-VOUS GRATUITEMENT !

# Skin Therapy Letter<sup>®</sup>

Édition des pharmaciens

Rédacteur en chef: Dr Stuart Maddin

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

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

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

*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
-------------------	----------------------	-------------------

*Sites de réseaux d'entraide sociale pour les patients et les professionnels de soins de santé :*

PsoriasisPatients.com

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

*Les compagnies suivantes nous ont accordé une subvention à l'éducation sans restriction pour la distribution de cette publication en 2010 :*

Graceway Pharmaceuticals LLC	Nycomed Canada Inc.	Stiefel, a GSK company
Johnson & Johnson Inc.	Pediapharm Inc.	Tribute Pharma Canada Inc.
LEO Pharma Inc.	Procter & Gamble	Valeant Canada Limited

© 2010 par SkinCareGuide.com Ltd. *Skin Therapy Letter*<sup>®</sup> - Édition des pharmaciens est publiée tous les trimestres par SkinCareGuide.com Ltd., 1004-750 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 fabricant.