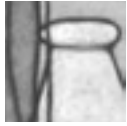


La gestion de la dermatite atopique récurrente

Vol. 1. Numéro 2. Septembre 2004

GROS PLAN ^{sur} la **DERMATOLOGIE**

Commentaires cliniques fournis par :
D^r Gordon Searles
D^r Jerry Tan
D^r Marni Wiseman



Introduction de la rédactrice en chef Bonnie Kuehl, Ph.D.

Merci de l'excellent accueil que vous avez réservé à « Gros plan sur la dermatologie ». L'objet de cette publication est de discuter d'options thérapeutiques portant surtout sur l'innocuité et l'efficacité, options qui vous sont offertes à vous et à vos patients au Canada. Son but est d'ouvrir un dialogue entre médecins, et d'encourager la réflexion sur les traitements existants et les nouveaux traitements. C'est pourquoi vos commentaires et opinions sur les articles publiés dans « Gros plan sur la dermatologie » sont les bienvenus. Ce bulletin continuera d'évoluer en fonction de vos suggestions et commentaires.

Les articles publiés dans « Gros plan sur la dermatologie » ont été sélectionnés dans des publications approuvées ou non par des pairs, ainsi que sur des affiches présentées lors de congrès internationaux. Afin de mieux comprendre les options thérapeutiques pour le traitement de longue durée de la dermatite atopique, nous avons effectué une recherche approfondie dans les bases de données MEDLINE et EMBASE. Une liste de 30-40 résumés a ensuite été transmise au comité de rédaction pour examen. À partir de cette liste, le comité a choisi 12-15 résumés présentant un intérêt clinique pertinent. Le choix final des articles a été effectué en fonction des contraintes d'espace et de l'autorisation des revues détentrices des droits de reproduction. Une fois les articles choisis, les dermatologues et les médecins de famille à travers le Canada sont invités à faire des commentaires cliniques sur un article donné. Ces commentaires mènent ensuite à un débat sur une option thérapeutique particulière dans la mesure où elle représente l'opinion de son auteur et pas forcément celle du comité de rédaction ni celle de l'ensemble des médecins.

Ce numéro, par exemple, porte sur le traitement à long terme de la dermatite atopique, car c'est une maladie chronique grave qui doit être traitée quotidiennement. La non-adhésion des patients aux traitements et l'utilisation inappropriée des médicaments sont sans doute des problèmes que vous rencontrez souvent dans l'exercice de votre profession. L'éducation et l'information sont essentielles à l'adhésion des patients au traitement. Un tout nouveau site Web appelé www.SkinCareGuide.ca permettra à vos patients d'obtenir des informations fiables et pratiques rédigées par des dermatologues sur leur maladie cutanée et les options thérapeutiques existantes. Ce site offre à vos patients des options d'automédication pour les aider à mieux gérer leur condition et explique comment utiliser et suivre les traitements prescrits. Il contient également des informations détaillées sur diverses maladies de la peau à l'intention des médecins.

Les études publiées dans ce numéro de « Gros plan sur la dermatologie » et d'autres études montrent qu'il existe un grand choix d'options thérapeutiques au Canada pour le traitement de la dermatite atopique chronique chez l'enfant et l'adulte. Le souci principal des professionnels de la santé restera la maîtrise sûre et efficace des poussées et l'importance de l'éducation des patients concernant le traitement d'entretien. Cette publication vous tiendra au courant de nos progrès faits au niveau des différentes options thérapeutiques.

RAPPORT de l'ADC



Rapport sur la conférence de l'Association canadienne de dermatologie 2004

par Bonnie Kuehl et Gordon Searles

La conférence de l'Association canadienne de dermatologie, qui a eu lieu à Victoria, en Colombie-Britannique, était composée de colloques, de séances plénières et de réunions sur les sous-spécialités des plus intéressants. Dans les colloques, on a discuté des nouvelles options de traitement dermatologique et fourni des renseignements sur des médicaments qui n'ont pas encore été approuvés et sur d'autres qui viennent de l'être. Les questions d'efficacité et d'innocuité ont été les sujets de discussion les plus importants. Aux séances plénières, on a présenté des scénarios cliniques, des mises à jour sur des essais cliniques et des exposés sur les lésions associées aux mélanocytes et les carcinomes. Les réunions sur les sous-spécialités ont porté sur la chirurgie, la dermatite de contact, la dermatologie expérimentale, la dermatologie pédiatrique et la guérison des plaies.



Eczéma / dermatite atopique

Les colloques et les présentations sur la gestion de l'eczéma ont permis de discuter de la compréhension accrue des facteurs liés à la dermatite atopique (DA) ainsi que des données récentes sur l'innocuité et l'efficacité des immunomodulateurs topiques. Un concept révisé de gestion de la DA a été présenté : l'utilisation de corticostéroïdes topiques puissants ou de puissance moyenne lors des poussées, et d'immunomodulateurs topiques et/ou d'émollients comme traitement d'entretien entre les poussées. L'action spécifique des immunomodulateurs topiques cible une activité et des voies enzymatiques particulières. Le pimecrolimus semble agir le mieux sur le visage et dans les plis, et peut prolonger la rémission des poussées. Les présentations portant sur l'innocuité ont démontré que selon les études à long terme, ni un taux d'infection accru ni la carcinogénèse provoquée par la lumière ne sont à craindre lors de l'utilisation d'immunomodulateurs topiques. La discussion ouverte qui a suivi nous a permis d'apprendre que lors d'un essai comparatif effectué sur des patients atteints de dermatite atopique de légère à modérée, le tacrolimus et le pimecrolimus ont produit des résultats comparables. La discussion a également porté sur l'échec du traitement aux immunomodulateurs topiques chez certains patients. Cet échec est causé, croit-on, par l'intensité de la poussée, le site d'application du produit et la gravité de la maladie. On a rappelé aux médecins l'importance de maîtriser les poussées à l'aide d'un corticostéroïde topique puissant ou de puissance moyenne, et d'utiliser ensuite des immunomodulateurs topiques et/ou des émollients comme traitement d'entretien.



Dermatite de contact

Au cours de la discussion sur la dermatite de contact, les personnes qui ont fait des exposés se sont penchées sur les observations et les conclusions tirées de leur propre clientèle et de leurs rapports cliniques. Les dix allergènes les plus fréquents en 2003-2004 ont été identifiés : nickel, baume du Pérou, néomycine, mélange de fragrances, thimérosal, or, formaldéhyde, quaternium-15, bacitracine, cobalt. On a observé une augmentation des réactions aux protéines de blé hydrolysées. Les protéines de blé hydrolysées remplacent le collagène bovin dans les produits de beauté, surtout en Europe. Cette utilisation accrue des protéines de blé se manifeste par des dermatites de contact et des allergies alimentaires attribuables à la sensibilisation par la peau. Les allergènes végétaux ont également fait l'objet d'une discussion, de plus en plus de patients utilisant aujourd'hui des produits « naturels ». La camomille et l'huile de thier sont des allergènes végétaux courants.



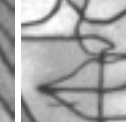
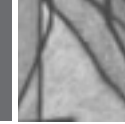
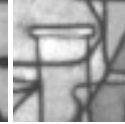
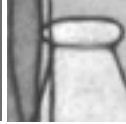
Guérison des plaies

La discussion sur la guérison des plaies a porté sur le traitement chirurgical des plaies et des plaies chroniques. Cette discussion a fait ressortir l'importance d'assurer rapidement la synthèse et la réponse immunitaire des tissus au moyen d'une transfusion sanguine et d'un apport d'oxygène sur la plaie, ainsi que de la protection de la plaie contre l'infection et de nouvelles blessures. On a également mis en évidence l'état nutritionnel et le niveau de stress du patient, la chaleur et l'équilibre hydrique de la plaie, l'utilisation d'antibiotiques et les pansements.



Psoriasis

Les présentations sur la nouvelle thérapeutique biologique pour le traitement du psoriasis ont traité de l'innocuité et de l'efficacité de ces nouveaux produits biologiques, qui offriront à certains patients une thérapie utilisable de façon intermittente à long terme, avec peu d'effets secondaires. Les données sur l'innocuité n'indiquent aucun effet indésirable grave lors du traitement. Les cliniciens ont également observé que les recherches effectuées jusqu'à présent ne relèvent aucune augmentation des tumeurs malignes ou des infections opportunistes. Une diminution des lymphocytes CD4 a été signalée chez certains patients mais elle ne semble pas avoir entraîné d'effet clinique. Les nouveaux produits biologiques semblent constituer une option thérapeutique pour les patients atteints de maladies comorbides (diabète, hypertension artérielle, dysfonctionnement rénal), pour les patients qui prennent plusieurs médicaments, et pour les personnes atteintes de psoriasis chronique. Certaines recherches cliniques ont même porté sur des thérapies associées utilisant des produits biologiques et des traitements standards du psoriasis (méthotrexate, cyclosporine, photothérapie), sans découvrir de problèmes. Les nouveaux produits biologiques seront indiqués pour les personnes âgées de 18 ans et plus, et ne sont pas recommandés pour les femmes enceintes. Les désavantages de ce nouveau traitement biologique du psoriasis en sont le coût (de 15 000 à 20 000 \$ par an) et l'efficacité à long terme. Ces médicaments n'agiraient que chez un certain pourcentage de patients (environ 33 % des patients n'ont réagi que faiblement ou pas du tout au traitement).



1. L'azathioprine dans les cas de dermatite atopique grave chez les adultes :
essai croisé à double insu contrôlé contre placebo. Berth-Jones, J., Takwale, A., Tan, E., Barclay, G., Agarwal, S., Ahmed, I., Hotchkiss, K., et Graham-Brown, R. A. Br. J Dermatol. 147 : 324-330 ; (2002)

PM:12174106 Copyright 2002 Blackwell Publishing, avec autorisation.

Je trouve que la dermatite atopique grave affecte sérieusement la qualité de vie et les activités professionnelles de nombreux adultes. Bien qu'un grand nombre de ces personnes prennent des stéroïdes par voie orale pour maîtriser leur maladie, les effets secondaires à long terme sont importants. L'azathioprine offre à de nombreux adultes la possibilité de maîtriser leur maladie sans prendre de stéroïdes pendant trois mois, mais l'utilisation de ce produit est limitée en raison des nausées qu'il provoque. La posologie appropriée pour une maîtrise optimale et une surveillance hématologique régulière est simple, mais indispensable. Ce médicament mérite d'être essayé plus souvent. (commentaire du D' Searles)

2. Efficacité thérapeutique et innocuité du sirop de loratadine dans le traitement de la dermatite atopique infantile par la crème de furoate de mométasone à 0,1 %.

Chunharas, A., Wisuthsarewong, W., Wanankul, S., et Viravan, S. J Med. Assoc. Thai.

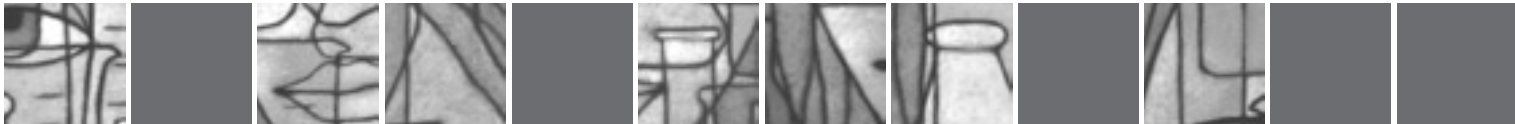
85 : 482-487 ; (2002)

La dermatite atopique est une maladie de la peau courante chez les enfants thaïlandais. Le traitement de la dermatite atopique nécessite l'emploi de corticostéroïdes topiques, d'émollients, d'antihistaminiques systémiques, ainsi que l'évitement de facteurs déclenchants. Une étude multicentrique à double insu contrôlée contre placebo a été menée afin d'évaluer l'efficacité thérapeutique de la crème topique de furoate de mométasone à 0,1 % en association avec du sirop de loratadine. Quarante-huit patients, dont 23 garçons et 25 filles, âgés en moyenne de 73,67 mois et atteints de dermatite atopique, ont été recrutés dans l'étude. La gravité de la maladie a été mesurée par l'indice SCORAD qui mesure l'intensité des symptômes suivants : érythème, desquamation, œdème / papules / croûtes / suintement, lichénification et excoriations. La surface corporelle atteinte a été mesurée et une zone cible de dermatite a été sélectionnée aux fins d'évaluation spécifique. L'intensité des signes cliniques et du symptôme pruritique a été évaluée. La sensation de prurit, les troubles du sommeil dus au prurit et la somnolence ressentie le matin ont été enregistrés. La crème de furoate de mométasone à 0,1 % a été appliquée une fois par jour à tous les patients. Un groupe a reçu du sirop de loratadine tandis que l'autre groupe recevait du sirop placebo. Les deux groupes ont fait l'objet d'un suivi aux 5e, 8e et 15e jours. On a observé une diminution significative de la gravité de la dermatite atopique et du prurit après 14 jours de traitement dans les deux groupes ($p < 0,001$). On n'a constaté aucune différence sur le plan de la réponse thérapeutique entre le groupe loratadine et le groupe placebo ($p=0,99$). Vers la fin de l'étude, tous les signes examinés avaient diminué d'intensité. Ce résultat a démontré que la mométasone à 0,1 % est très efficace dans le traitement de la dermatite atopique infantile. En revanche, la loratadine n'a pas démontré de bienfaits lorsqu'elle a été associée à un bon corticostéroïde topique, mais son utilisation était sans danger et n'a pas provoqué d'effets secondaires graves chez les enfants.

PM:12118496 Copyright 2002 Le Medical Association of Thailand, avec autorisation.

L'ajout de sirop de loratadine n'apporte aucun bienfait supplémentaire dans le traitement de la dermatite atopique chez les enfants traités par des stéroïdes topiques de puissance moyenne comme le furoate de mométasone. Par contre, on ne sait pas si l'ajout de sirop de loratadine pourrait être bénéfique chez les enfants atteints de dermatite plus grave ou en association avec un traitement par des stéroïdes de faible puissance.

(commentaire du D^r Tan)



3. Comparaison de la connaissance des parents, de l'utilisation des traitements et de la gravité de l'eczéma atopique avant et après l'explication et la démonstration des traitements topiques par une infirmière spécialisée en dermatologie.

Cork, M. J., Britton, J., Butler, L., Young, S., Murphy, R., et Keohane, S. G. Br.J

Dermatol. 149 : 582-589 ; (2003)

GÉNÉRALITÉS : L'incapacité des patients à suivre leur traitement médicamenteux de manière à en retirer des bienfaits cliniques est un défi immense. Il est généralement admis qu'en moyenne, la moitié des patients adhèrent correctement aux traitements pour bénéficier de leurs vertus thérapeutiques, alors que la non-adhésion contribue à l'échec thérapeutique dans l'autre moitié des cas. Et encore, ces chiffres ne concernent que les traitements par voie orale. Il n'existe que peu de données évaluant l'adhésion / la concordance pour les traitements complexes de l'eczéma atopique. Les séances d'éducation sur l'asthme animées par des infirmières spécialisées permettent d'améliorer les connaissances, l'emploi des traitements et les résultats cliniques. **OBJECTIF :** Déterminer les effets de l'éducation et de la démonstration des traitements topiques par des infirmières spécialisées en dermatologie sur l'utilisation des traitements et la gravité de l'eczéma atopique. **MÉTHODES :** Cinquante et un enfants atteints d'eczéma atopique fréquentant une clinique de dermatologie pédiatrique ont été suivis pendant une durée d'un an maximum. À chaque visite, on a enregistré le niveau de connaissances des parents sur la maladie et son traitement. La gravité de l'eczéma a été enregistrée par l'indice SASSAD (six sites et six signes de la dermatite atopique) et l'évaluation parentale des démangeaisons, des troubles du sommeil et de l'irritabilité. À la première visite, une infirmière spécialisée en dermatologie a expliqué et démontré l'utilisation de tous les traitements topiques. Cette éducation a été répétée lors des visites ultérieures selon le niveau de connaissances des parents. **RÉSULTATS :** Au début de l'étude, moins de 5 % des parents avaient reçu / se souvenaient d'avoir reçu des explications sur les causes de l'eczéma ou des démonstrations sur l'application des traitements topiques. L'eczéma était mal maîtrisé chez tous les enfants (indice moyen SASSAD : 42,9). 24 % des enfants n'étaient pas traités par une crème émollissante / un onguent (l'utilisation hebdomadaire moyenne de ces produits était de 54 g). 25 % des enfants étaient incorrectement traités par des stéroïdes topiques puissants ou très puissants. Après des séances d'éducation et de démonstration répétées sur les traitements topiques par une infirmière spécialisée en dermatologie, on a observé une réduction de 89 % de la gravité de l'eczéma. Le principal changement observé dans l'utilisation du traitement a été une augmentation de 800 % de l'emploi d'émollients (à 426 g par semaine de crème émollissante / onguent) et aucune augmentation globale de l'emploi de stéroïdes topiques, que ce soit sur le plan de la puissance ou de la quantité utilisée.

CONCLUSION : Cette étude accentue l'importance des infirmières spécialisées en dermatologie dans la gestion de l'eczéma atopique. Elle confirme également l'opinion des patients, des groupes d'entraide de patients, des dermatologues et des directives sur les meilleures pratiques selon laquelle l'intervention la plus importante dans la gestion de l'eczéma atopique consiste à prendre le temps d'écouter et d'expliquer les causes de la maladie et de démontrer l'utilisation des traitements topiques.

PM:14510993 Copyright 2003 Blackwell Publishing, avec autorisation.

Cette étude a démontré que les enfants atteints de dermatite atopique n'ayant jamais consulté de dermatologue bénéficient des conseils, des explications et de la démonstration offerts aux membres de leur famille. La faisabilité d'une telle méthode serait limitée dans les cabinets de médecine très occupés en l'absence d'infirmières spécialisées en dermatologie. Et surtout, cette étude a confirmé l'importance des émollients dans le traitement de la dermatite atopique.

(commentaire du D^r Wiseman)

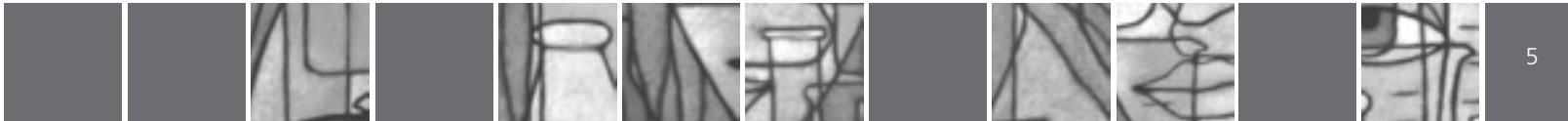
4. L'ajout de fexofénadine à un corticostéroïde topique réduit le prurit associé à la dermatite atopique dans une étude multicentrique, randomisée, à double insu, en contrôle parallèle contre placebo d'une durée d'une semaine. Kawashima, M., Tango, T., Noguchi, T., Inagi, M., Nakagawa, H., et Harada, S. Br. J Dermatol. 148 : 1212-1221 ; (2003)

GÉNÉRALITÉS : La fexofénadine, un antihistaminique récepteur H1 sélectif dépourvu d'effets sédatifs, démontre une efficacité et une innocuité constantes dans le traitement de la rhinite allergique et de l'urticaire. Comme on estime généralement que le prurit associé à la dermatite atopique est provoqué en partie par l'histamine, nous avons pensé que la fexofénadine pourrait s'avérer utile dans le soulagement du prurit associé à la dermatite atopique. **OBJECTIF :** Comparer l'efficacité du chlorhydrate de fexofénadine 60 mg deux fois par jour par rapport à un placebo dans la réduction du prurit associé à la dermatite atopique. **MÉTHODES :** Dans cette étude multicentrique, randomisée, à double insu et contrôlée contre placebo, les patients (âgés de 16 ans ou plus) atteints de dermatite atopique ont subi une période de traitement initiale par placebo d'une semaine, suivie d'une randomisation au chlorhydrate de fexofénadine 60 mg deux fois par jour ou au placebo pendant une semaine. Tous les patients ont également reçu un traitement topique par butyrate d'hydrocortisone 0,1 % deux fois par jour pendant toute la durée de l'étude. Le critère principal d'efficacité était l'évolution de la moyenne de l'indice du prurit par rapport à l'indice de départ. Les patients ont enregistré leur indice de prurit deux fois par jour (matin et soir) selon une échelle de 0 à 4 (0 = aucun ; 4 = très intense). **RÉSULTATS :** La fexofénadine (n=201) a réduit de manière significative la gravité du prurit comparativement au placebo (n=199) (évolution moyenne de l'indice : -0,75 (intervalle de confiance non corrigé de 95 % [-0,88, -0,62]) comparé à -0,5 [-0,62, -0,38] respectivement ; p=0,0005). Cette amélioration a été observée après seulement un jour de traitement (p=0,039) et s'est maintenue tout au long de la durée du traitement (p=0,019). Par rapport au placebo, la fexofénadine a amélioré de manière significative le prurit diurne (p=0,0001) et nocturne (p=0,013). En outre, le nombre de patients bénéficiant d'une réduction de la surface corporelle atteinte était beaucoup plus élevé dans le groupe recevant la fexofénadine que dans le groupe recevant le placebo (p=0,007). L'incidence des réactions indésirables était faible et comparable dans tous les groupes.

CONCLUSION : Le chlorhydrate de fexofénadine 60 mg deux fois par jour a entraîné une amélioration significative et rapide du prurit associé à la dermatite atopique, avec un profil d'innocuité équivalent à celui du placebo.

PM:12828751 Copyright 2003 Blackwell Publishing, avec autorisation.

Les résultats de cette étude démontrent que la fexofénadine améliore de façon significative le prurit nocturne et diurne associé à la dermatite atopique, quelle que soit l'étendue de la dermatite atopique. Bien qu'importante, l'amélioration du prurit est de faible amplitude. Malheureusement, cette étude n'a pas évalué si cette faible amélioration du prurit se traduisait par une amélioration de la qualité de vie. (commentaire du D^r Wiseman)



5. La cyclosporine pour le traitement de la dermatite atopique infantile grave : cures de courte durée ou traitement continu. Harper, J. I., Ahmed, I., Barclay, G., Lacour, M., Hoeger, P., Cork, M. J., Finlay, A. Y., Wilson, N. J., Graham-Brown, R. A., Sowden, J. M., Beard, A. L., Sumner, M. J., et Berth-Jones, J. Br. J Dermatol. 142 : 52-58 ; (2000)

La cyclosporine (CyA) s'est avérée très efficace et bien tolérée dans le traitement à court terme de la dermatite atopique infantile grave ; cependant, l'expérience de ce traitement à plus long terme est limitée. Le but de cette étude était de comparer le traitement à base de cures multiples à court terme de CyA avec un traitement continu pendant un an, et d'évaluer l'efficacité, l'innocuité, la tolérance et la qualité de vie. Les enfants âgés de 2 à 16 ans, ayant un diagnostic de dermatite atopique grave et réfractaires au traitement par stéroïdes topiques ont été randomisés en deux groupes, l'un recevant un traitement à court terme (cures multiples de 12 semaines) et l'autre, recevant un traitement continu. La dose initiale et la dose maximale pour tous les patients étaient de 5 mg/kg par jour. L'activité de la maladie a été suivie selon l'indice SASSAD (six sites et six signes de la dermatite atopique) et la règle des neuf de Wallace de la surface corporelle atteinte. Le prurit, les troubles du sommeil et l'irritabilité ont été mesurés au moyen d'échelles visuelles analogiques, et le traitement topique a fait l'objet d'un suivi. Les évaluations de l'innocuité comprenaient la surveillance de la créatinine sérique, de la pression artérielle et des réactions indésirables. Sur les 40 patients sélectionnés pour participer à l'analyse d'efficacité, 21 ont été randomisés dans le groupe du traitement à court terme (dont six ont été retirés) et 19 dans le groupe de traitement continu (dont cinq ont été retirés). Des améliorations significatives ont été observées pour tous les paramètres d'efficacité à chaque heure. On n'a pas observé de différences significatives entre les deux groupes, bien que l'amélioration ait été plus constante dans le groupe recevant le traitement continu. Dans le groupe recevant le traitement à court terme, 7 des 21 patients ont pu être contrôlés par au moins deux cures. Parmi les 14 patients restants, 12 n'ont pas pu être contrôlés par au moins deux cures, un n'a pas repris le traitement après la 12e semaine, et un autre a été retiré de l'essai après la 4e semaine en raison d'une réaction indésirable. La qualité de vie s'est améliorée pour les enfants et leurs familles. La tolérance était bonne ou très bonne chez au moins 80 % des patients à la 12e semaine et à la fin de l'essai. Que ce soit pour la créatinine sérique moyenne ou la pression artérielle moyenne, aucune modification cliniquement significative n'a été observée dans l'un ou l'autre groupe. La CyA est efficace pour maîtriser la dermatite atopique grave chez les enfants pendant une période d'un an et elle est bien tolérée. Le traitement continu permet d'obtenir une maîtrise plus constante ; cependant, le traitement à court terme s'est avéré efficace chez certains patients, ce qui démontre la nécessité d'adapter le traitement selon les besoins individuels des patients. Le traitement de courte durée peut permettre de provoquer une rémission prolongée dans certains cas et de réduire l'exposition cumulative au médicament.

PM:10651694 Copyright 2000 Blackwell Publishing, avec autorisation.

Les enfants atteints d'eczéma grave ont besoin d'un traitement systémique pour une maîtrise adéquate de leur maladie. La cyclosporine offre une maîtrise rapide et efficace des signes et symptômes de l'eczéma grave et semble être bien tolérée. Le suivi pour l'insuffisance rénale et l'hypertension est obligatoire, mais rare. Bien que les cures de courte durée soient intéressantes, elles ne suffisent pas toujours à maîtriser la maladie ; des cures plus longues sont alors nécessaires. La cyclosporine offre un moyen rapide, efficace et relativement sûr de maîtriser la maladie chez les enfants atteints de dermatite atopique grave. (commentaire du D^r Searles)

6. Efficacité et innocuité de la crème de pimecrolimus dans le traitement à long terme de la dermatite atopique infantile. Wahn, U., Bos, J. D., Goodfield, M., Caputo, R., Papp, K., Manjra, A., Dobozy, A., Paul, C., Molloy, S., Hultsch, T., Graeber, M., Cherill, R., et De Prost, Y. *Pediatrics*. 110 : e2 ; (2002)

OBJECTIF : La crème de pimecrolimus (SDZ ASM 981), un inhibiteur non stéroïdien des cytokines inflammatoires, est efficace dans le traitement de la dermatite atopique. Nous avons voulu déterminer si un traitement précoce des signes et symptômes de la dermatite atopique par le pimecrolimus pourrait influencer les résultats à long terme en prévenant les poussées de la maladie. **MÉTHODES** : L'intervention précoce par le pimecrolimus a été comparée à la stratégie de traitement conventionnelle de la dermatite atopique (émollients et corticostéroïdes topiques). Dans cette étude à double insu contrôlée d'un an, 713 patients atteints de dermatite atopique (de 2 à 17 ans) ont été randomisés (2:1) en deux groupes, l'un recevant le traitement par pimecrolimus et l'autre recevant un traitement conventionnel. Les deux groupes ont utilisé des émoullients pour la peau sèche. Les signes / symptômes précoces de dermatite atopique ont été traités par la crème de pimecrolimus ou, dans le groupe de traitement conventionnel, par un excipient pour prévenir la progression vers les poussées. Lors des poussées, des corticostéroïdes topiques d'intensité modérée ont été administrés. Le critère principal d'évaluation était les poussées (classées selon leur intensité) à six mois. L'innocuité a fait l'objet d'une surveillance clinique, et un test antigène cutané de rappel a été effectué à la fin de l'étude. **RÉSULTATS** : **CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS AU DÉBUT DE L'ÉTUDE** : L'âge moyen des patients dans les deux groupes était d'environ 8 ans, et la majorité des patients présentaient une maladie d'intensité modérée au début de l'étude. **SUIVI DES PATIENTS ET EXPOSITION AUX MÉDICAMENTS ÉTUDIÉS** : La durée moyenne du suivi (+/- écart-type) était de 303,7 (+/-5,30) jours dans le groupe traité par pimecrolimus et de 235,2 (+/-9,40) jours dans le groupe témoin. Le taux d'abandon a été nettement plus élevé dans le groupe témoin que dans le groupe traité par pimecrolimus (51,5 % contre 31,6 % à 12 mois), et le nombre de patients atteints de dermatite grave ou très grave ayant abandonné le traitement a été proportionnellement plus élevé dans le groupe témoin. La principale raison du taux d'abandon plus élevé dans le groupe témoin était l'effet thérapeutique insatisfaisant (30,4 % contre 12,4 %). Cela a eu pour effet d'augmenter substantiellement le nombre moyen de jours de traitement par le médicament étudié dans le groupe pimecrolimus comparativement au groupe témoin : 211,9 (69,8 % des jours de participation à l'étude)

CONCLUSION : Le traitement des signes / symptômes précoces de la dermatite atopique par le pimecrolimus s'est avéré efficace pour prévenir l'évolution de la maladie vers des poussées chez plus de la moitié des patients, réduisant ou éliminant le besoin de corticostéroïdes topiques. Les bienfaits ont été observés de façon constante à six mois dans tous les sous-groupes de gravité de la maladie et par rapport aux divers critères d'efficacité prédéfinis. De plus, ces bienfaits ont été maintenus pendant 12 mois, apportant ainsi la preuve qu'un traitement à long terme par le pimecrolimus favorise une meilleure maîtrise de la dermatite atopique. Le traitement par le pimecrolimus a été bien toléré et n'a pas été associé à des réactions indésirables cliniquement significatives comparativement au groupe témoin recevant un traitement conventionnel. Les résultats rapportés ici offrent la perspective d'un traitement à long terme efficace de la dermatite atopique en réduisant le besoin de corticostéroïdes topiques.

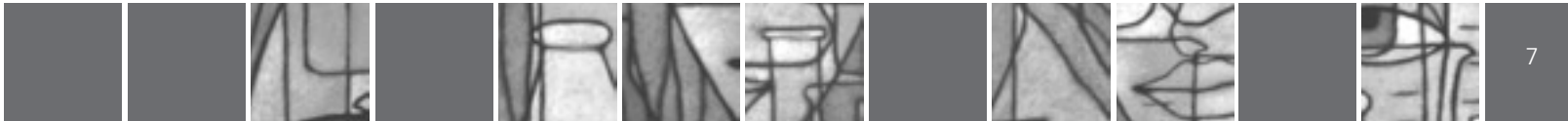
contre 156 (66,3 % des jours de participation à l'étude). Parmi les patients ayant effectué les 12 mois de l'étude, 14,2 % des patients du groupe traité par pimecrolimus et 7 % des patients du groupe témoin ont pris continûment leur médicament. **EFFICACITÉ** : Les patients traités par la crème de pimecrolimus ont subi beaucoup moins de poussées de dermatite atopique que les patients du groupe témoin, selon l'analyse du critère principal d'efficacité sur les poussées classées (test de Van Elteren). La proportion de patients ayant effectué 6 ou 12 mois d'étude sans poussées était environ deux fois plus élevée dans le groupe pimecrolimus que dans le groupe témoin (61 % contre 34,2 % à 6 mois ; 50,8 % contre 28,3 % à 12 mois). Le nombre de poussées observées dans le groupe pimecrolimus était moins élevé, quelle que soit l'intensité de la maladie au début de l'étude, de sorte que même les patients atteints de dermatite grave ont bénéficié du traitement. L'analyse de la survenue de la première poussée a montré que le traitement par la crème de pimecrolimus était associé à une période dépourvue de poussées nettement plus longue (test logarithmique par rangs). L'analyse de covariance a mis en évidence un effet statistiquement significatif sur la survenue de la première poussée de l'indice de surface et de gravité de l'eczéma (EASI) au début de l'étude, et l'intensité de la maladie des patients au début de l'étude (« grave » ou « très grave ») selon l'échelle d'évaluation globale des investigateurs, bien que les patients dans tous les sous-groupes de gravité de la maladie au départ de l'étude aient bénéficié du traitement. L'âge n'a eu aucun effet significatif. Le nombre de patients nécessitant un traitement par corticostéroïdes topiques était moins important dans le groupe pimecrolimus que dans le groupe témoin (35 % contre 62,9 % à 6 mois ; 42,6 % contre 68,4 % à 12 mois) ; de plus, la durée du traitement par corticostéroïdes topiques a été moins longue pour les patients du groupe pimecrolimus (57,4 % contre 31,6 % [groupe pimecrolimus comparativement au groupe témoin] ayant eu besoin de 0 jour de traitement, 17,1 % contre 27,5 % ayant été traité pendant 1-14 jours, et 25,5 % contre 41 % ayant été traité pendant plus de 14 jours pendant les 12 mois de l'étude). Cet effet d'épargne sur les stéroïdes du pimecrolimus était évident bien que les patients du groupe pimecrolimus aient participé plus longtemps à l'étude que les patients du groupe témoin. Le temps passé en moyenne à la prise de corticostéroïdes de deuxième intention était de 4,08 % dans le groupe pimecrolimus et de 9,1 % dans le groupe témoin. L'analyse prolongée de l'indice de surface et de gravité de l'eczéma (EASI) a mis en évidence des indices médians beaucoup moins élevés, indiquant ainsi une meilleure maîtrise de la maladie dans le groupe pimecrolimus par rapport au groupe témoin. Des résultats similaires ont été obtenus par l'évaluation globale des investigateurs (non illustrée). Les groupes traités étaient bien équilibrés pour ce qui est du nombre de patients

No.6 - suite

utilisant des antihistaminiques pendant l'étude (57,2 % et 62,9 % respectivement dans le groupe pimecrolimus et le groupe témoin). INNOCUITÉ : On n'a pas observé de différences appréciables entre les deux groupes sur le plan de l'incidence des réactions indésirables. Les réactions indésirables les plus fréquentes étaient les infections et les maladies infantiles courantes, parmi lesquelles la rhinopharyngite, les maux de tête et la toux. L'incidence de réactions indésirables liées au médicament n'était pas très différente dans le groupe pimecrolimus (24,7 % contre 18,7 % pour le groupe témoin), et l'incidence de réactions indésirables graves était faible (8,3 % dans le groupe pimecrolimus contre 5,2 % dans le groupe témoin). L'analyse basée sur la table de mortalité de l'incidence des réactions indésirables n'a révélé aucune différence significative entre les deux groupes, sauf pour la toux. La tolérance locale était bonne dans les deux groupes. La réaction au site d'application la plus fréquemment signalée était une sensation de brûlure (10,5 % contre 9,3 % respectivement dans le groupe pimecrolimus et le groupe témoin). Il n'y avait pas non plus de différences notables entre les groupes pour ce qui était de la durée et de l'intensité des réactions au site d'application, dont la plupart étaient passagères et d'intensité légère à modérée, survenant généralement au cours de la première semaine de traitement. Des infections cutanées ont été signalées dans les deux groupes. On n'a pas observé de différences entre les groupes dans l'analyse basée sur la table de mortalité de la survenue des premières infections cutanées d'origine bactérienne ni dans l'incidence corrigée des infections cutanées d'origine bactérienne. Malgré l'absence de différences significatives entre les groupes sur le plan de l'incidence des infections cutanées d'origine virale évaluée individuellement, l'incidence des infections cutanées d'origine virale évaluée collectivement (12,4 % contre 6,3 % respectivement dans le groupe pimecrolimus et le groupe témoin) a mis en évidence une incidence légèrement plus élevée dans le groupe pimecrolimus. On n'a pas constaté de différences significatives entre les deux groupes sur le plan des valeurs biologiques et des signes vitaux. Il n'y avait pas non plus de différences significatives entre les deux groupes en réponse aux antigènes de rappel chez les patients ayant participé aux 12 mois de l'étude.

PM:12093983 Copyright 2002 American Academy of Pediatrics, avec autorisation.

La crème de pimecrolimus est plus efficace que l'excipient dans le traitement à long terme (jusqu'à 12 mois) de la dermatite atopique infantile. Une étude clinique de longue durée comparant le pimecrolimus à un corticostéroïde d'intensité modérée aurait été plus pertinente. (commentaire du D^r Wiseman)



7. Acétonide de fluocinolone 0,01 % mélangé à de l'huile d'arachide : traitement de la dermatite atopique infantile, même chez les patients sensibles aux arachides.

Paller, A. S., Nimmagadda, S., Schachner, L., Mallory, S. B., Kahn, T., Willis, I., et Eichenfield, L. F. J Am. Acad. Dermatol. 48 : 569-577 ; (2003)

GÉNÉRALITÉS : Cela fait de nombreuses années qu'on utilise l'acétonide de fluocinolone 0,01 % dans un mélange d'huiles minérales et d'arachide raffinées pour traiter le psoriasis du cuir chevelu, mais son utilisation dans le traitement de la dermatite atopique est plus récente. **OBJECTIF** : Nous avons étudié l'efficacité pour le traitement de la dermatite atopique, le potentiel de freinage de l'axe surrénalien et l'innocuité de l'acétonide de fluocinolone 0,01 % mélangé à de l'huile chez les enfants atteints de dermatite atopique, y compris les enfants atteints de dermatite atopique et de sensibilité allergique aux arachides. **MÉTHODES** : Trois études distinctes ont été réalisées chez des enfants âgés de 2 à 12 ans atteints de dermatite atopique : une étude multicentrique à double insu, randomisée et contrôlée contre excipient ; des épreuves de freinage au cortisol ; et un test par piqûre, un test épicutané et l'utilisation surveillée du médicament chez les enfants ayant une sensibilité allergique aux arachides. **RÉSULTATS** : Après deux semaines, on a constaté une amélioration de plus de 50 % chez 81 % à 87 % des 81 patients traités par le médicament actif, contre 39 % chez les 45 enfants traités par l'excipient seul. Aucun freinage surrénalien n'a été observé après quatre semaines de traitement chez 32 patients. Aucun des 9 patients sensibles aux arachides n'a eu de réaction au médicament actif ni à l'excipient dans le test par piqûre ou le test épicutané ; 20 enfants qui étaient sensibles aux arachides n'ont pas manifesté de réactions allergiques après l'application du médicament.

CONCLUSION : La fluocinolone 0,01 % mélangée à l'huile d'arachide est une solution de rechange efficace aux agents corticostéroïdes topiques dans les onguents, les crèmes et les lotions pour enfants. On n'a observé aucune manifestation de freinage surrénalien ni de réactions indésirables locales dans ces études. Le médicament a été bien toléré chez les patients ayant une sensibilité allergique aux arachides.

PM:12664021 Reproduit du Journal of the American Academy of Dermatology, Volume 48, pages 569-577, Copyright (2003), avec l'autorisation de l'American Academy of Dermatology.

Bien que les stéroïdes topiques constituent le traitement principal de la dermatite atopique, la disponibilité d'un mélange d'huile offre des options supplémentaires intéressantes pour le traitement des sites où les crèmes et les onguents n'ont pas une efficacité optimale. Les trois études randomisées et contrôlées contre excipient présentées dans cet article démontrent l'efficacité de ce produit et son excellente tolérance. L'innocuité de la base d'huile d'arachide, même chez les patients sensibles aux arachides, s'explique par l'absence de protéines dans le traitement à chaud (>150 °C) de cet excipient. (commentaire du D^r Tan)

8. Un onguent de tacrolimus à 0,03 % appliqué une ou deux fois par jour est plus efficace que l'acétate d'hydrocortisone 1 % chez des enfants atteints de dermatite atopique de modérée à grave : résultats d'une étude randomisée, à double insu et contrôlée. Reitamo, S., Harper, J., Bos, J. D., Cambazard, F., Bruijnzeel-Koomen, C., Valk, P., Smith, C., Moss, C., Dobozy, A., et Palatsi, R. Br. J Dermatol. 150 : 554-562 ; (2004)

GÉNÉRALITÉS : Les corticostéroïdes topiques sont le traitement habituel de la dermatite atopique chez les enfants, mais ils peuvent provoquer des effets secondaires. **OBJECTIF :** Cette étude a comparé l'efficacité et l'innocuité de l'onguent de tacrolimus à 0,03 % appliqué une ou deux fois par jour pendant une période de trois semaines et l'application biquotidienne d'un onguent d'acétate d'hydrocortisone 1 % chez des enfants atteints de dermatite atopique de modérée à grave. **PATIENS ET MÉTHODES :** Les patients ont appliqué l'onguent chaque jour sur toutes les surfaces corporelles atteintes. Le critère d'évaluation principal de l'étude était l'évolution en pourcentage de l'indice modifié de surface et de gravité de l'eczéma (mEASI) entre le début et la fin de l'étude. **RÉSULTATS :** 624 patients, âgés de 2 à 15 ans, ont appliqué l'onguent de tacrolimus 0,03 % une fois par jour (n=207), deux fois par jour (n=210) ou l'onguent d'acétate d'hydrocortisone 1 % deux fois par jour (n=207). À la fin du traitement, l'application de l'onguent de tacrolimus 0,03 % une fois et deux fois par jour a entraîné des diminutions médianes en pourcentage de l'indice mEASI (66,7 % et 76,7 % respectivement) nettement plus importantes qu'avec l'onguent d'acétate d'hydrocortisone 1 % (47,6 % ; $p < 0,001$). De plus, la diminution moyenne en pourcentage de l'indice mEASI était nettement plus élevée pour les patients appliquant l'onguent de tacrolimus 0,03 % deux fois par jour comparativement à une fois par jour ($p=0,007$). Les patients atteints de dermatite atopique grave ont particulièrement bénéficié de l'application biquotidienne d'onguent de tacrolimus 0,03 % comparativement à une application monoquotidienne ($p=0,001$). Les brûlures légères à modérées temporaires de la peau se sont manifestées nettement plus souvent dans les groupes traités par l'onguent de tacrolimus 0,03 % ($p=0,028$), mais se sont résolues dans la plupart des cas au bout de 3-4 jours. Les paramètres de l'étude n'ont pas mis en évidence de modifications cliniquement significatives.

CONCLUSION : L'onguent de tacrolimus à 0,03 % appliqué une ou deux fois par jour est nettement plus efficace que l'acétate d'hydrocortisone 1 % dans le traitement de la dermatite atopique de modérée à grave chez les enfants. L'application biquotidienne de l'onguent de tacrolimus 0,03 % a entraîné une plus grande amélioration de l'indice mEASI, et a été particulièrement efficace chez les patients atteints de dermatite atopique grave au début de l'étude.

PM:15030341 Copyright 2004 Blackwell Publishing, avec autorisation.

Cette étude pédiatrique a démontré que le tacrolimus à 0,03 % est plus efficace qu'un stéroïde de faible intensité comme l'acétate d'hydrocortisone pour améliorer les signes et les symptômes de la dermatite atopique. Les patients atteints de dermatite atopique grave au début de l'étude ont particulièrement bénéficié de l'application biquotidienne, alors qu'aucune différence entre l'application biquotidienne et l'application monoquotidienne n'a été observée chez les patients atteints de maladie modérée. Malheureusement, le tacrolimus a été comparé à un corticostéroïde de faible intensité et l'étude était de courte durée (trois semaines, et seulement deux semaines de suivi). Le médecin ne doit pas oublier de prévenir les patients de la possibilité d'une sensation de brûlure au site d'application, en particulier au début du traitement. (commentaire du D^r Wiseman)

8



9. Étude à double insu comparant les effets de la glycérine et de l'urée sur la peau sèche et eczémateuse chez des patients atopiques. Loden, M., Andersson, A. C., Anderson, C., Bergbrant, I. M., Frodin, T., Ohman, H., Sandstrom, M. H., Sarnhult, T., Voog, E., Stenberg, B., Pawlik, E., Preisler-Haggqvist, A., Svensson, A., et Lindberg, M. Acta Derm. Venereol. 82 : 45-47 ; (2002)

Les crèmes hydratantes ont des effets bénéfiques dans le traitement de la peau sèche et squameuse, mais elles peuvent provoquer des réactions cutanées indésirables. Dans une étude randomisée à double insu, 197 patients atteints de dermatite atopique ont reçu l'un des traitements suivants : une nouvelle crème hydratante contenant 20 % de glycérine, sa base de crème sans glycérine comme placebo ou une crème contenant 4 % d'urée et 4 % de chlorure de sodium. On a demandé aux patients d'appliquer la crème au moins une fois par jour pendant 30 jours. Les réactions cutanées indésirables et les modifications associées à la sécheresse de la peau ont été évaluées par le patient et par un dermatologue. Des réactions cutanées indésirables telles qu'un picotement (une vive sensation superficielle locale) ont été beaucoup moins souvent observées chez les patients utilisant la crème contenant 20 % de glycérine que chez les patients utilisant la crème à base d'urée / saline, 10 % des patients ayant jugé le picotement aussi intense ou modéré lors de l'utilisation de la crème à la glycérine, comparativement à 24 % des patients utilisant la crème urée / saline ($p < 0,0006$). Aucune différence n'a été observée pour ce qui est des réactions cutanées, telles qu'une sensation de brûlure, des démangeaisons et la sécheresse / l'irritation. L'étude a démontré des effets identiques sur la sécheresse cutanée, selon l'évaluation des patients et du dermatologue. En conclusion, une crème à base de glycérine semble être une solution de rechange acceptable à la crème à base d'urée / de chlorure de sodium dans le traitement de la peau sèche atopique.

PMID:12013198 Copyright 2002 Taylor and Francis Group, avec autorisation.

Bien qu'il existe une multitude de produits hydratants sur le marché, l'évaluation clinique de la tolérance et de l'efficacité de ces produits chez des patients atteints de dermatite atopique est assez rare. Cette étude démontre qu'une crème contenant 20 % de glycérine est mieux tolérée par ces patients qu'une crème contenant 4 % d'urée et de chlorure de sodium. Les critères d'évaluation de tolérance et de sécheresse de la peau étaient subjectifs et reposaient principalement sur les réponses des patients. Les auteurs de l'étude auraient dû inclure des critères d'évaluation objectifs de la capacité hydratante. (commentaire du D^r Tan)

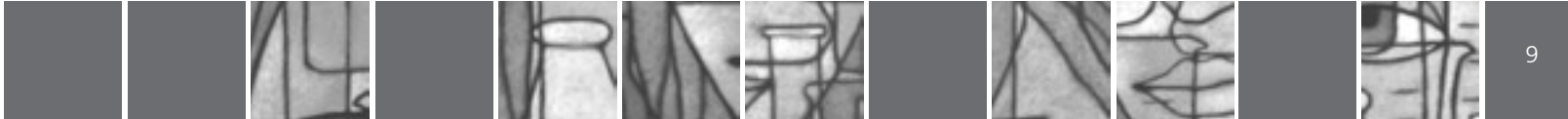
10. Une étude randomisée et contrôlée à l'insu de l'évaluateur sur l'immunoglobuline intraveineuse chez des adultes atteints de dermatite atopique grave. Paul, C., Lahfa, M., Bachelez, H., Chevreton, S., et Dubertret, L. Br. J Dermatol.147 : 518-522 ; (2002)

GÉNÉRALITÉS : Un traitement de rechange de la dermatite atopique adulte grave constitue un véritable besoin. Le traitement par immunoglobuline intraveineuse (IGIV) a démontré ses bienfaits dans quelques observations ouvertes, mais on ne dispose pas encore de données cliniques sur l'efficacité de ce traitement. **OBJECTIF :** Rechercher si le traitement par IGIV est efficace chez les adultes atteints de dermatite atopique grave. **MÉTHODES :** Dans une étude randomisée à l'insu de l'évaluateur, 10 patients atteints de dermatite atopique grave ont reçu un traitement immédiat ou différé (d'un mois) par IGIV 2 g/kg-1. Les patients ont reçu 8-h de 1 g/kg-1 tous les jours pendant deux jours consécutifs. Ils ont été évalués cliniquement aux 15e, 30e, 60e et 90e jours. Le critère d'efficacité principal était l'évaluation de l'indice SCORAD qui mesure l'intensité des symptômes au 30e jour. **RÉSULTATS :** Les valeurs de l'indice SCORAD ne présentaient pas de différence significative entre les deux groupes au 30e jour. De la même manière, l'évaluation globale de la gravité de la maladie par les patients n'a pas révélé de modification cliniquement significative au 30e jour. Dans la cohorte de 10 patients, la diminution moyenne en pourcentage de l'indice SCORAD par rapport aux valeurs initiales était de 15 % [intervalle de confiance (IC) 95 % : 6-24 %] et 22 % (IC 95 % : 5-39 %) respectivement aux 30e et 60e jours après l'utilisation d'IGIV.

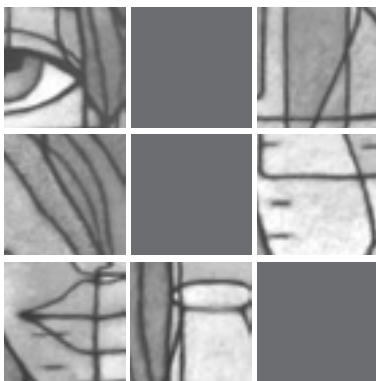
CONCLUSION : Le traitement par IGIV n'était pas associé à une amélioration cliniquement significative des signes et symptômes de la dermatite atopique dans cette étude randomisée. Bien que cette étude n'ait pas été assez vaste pour détecter un effet bénéfique dans un sous-ensemble de patients, les résultats ne justifient pas l'utilisation courante de l'IGIV dans les cas de dermatite atopique réfractaire.

PM:12207594 Copyright 2002 Blackwell Publishing, avec autorisation.

Les multiples effets immunologiques de l'immunoglobuline intraveineuse étaient très prometteurs dans le traitement de la dermatite atopique. Pourtant, les auteurs n'ont pas mis en évidence un bienfait important associé à une perfusion unique d'immunoglobuline intraveineuse. Mais l'échantillon était petit, une seule perfusion a été administrée et la durée d'observation était courte. On attendra donc d'en savoir plus avant de porter un jugement définitif. Toutefois, il faudrait qu'une étude démontre des bienfaits beaucoup plus significatifs pour justifier le temps et les coûts associés à ce traitement. En attendant, je ne crois pas que ce traitement devrait devenir un traitement courant de première intention.
(commentaire du D^r Searles)



Imuran® est une marque déposée de GlaxoSmithKline Inc.
 Apo®-Azathioprine est une marque déposée de Apotex Inc.
 Eumovate® est une marque déposée de GlaxoSmithKline Consumer Healthcare Inc.
 Neoral® est une marque déposée de Novartis Pharmaceuticals Canada Inc.
 Sandimmune® est une marque déposée de Novartis Pharmaceuticals Canada Inc.
 Allegra® est une marque déposée de Aventis Pharma Inc.
 Capex™ est une marque déposée de Galderma
 Synalar® est une marque déposée de Medicis Pharmaceutical Corp.
 Cutivate® est une marque déposée de GlaxoSmithKline Inc.
 Locoid® est une marque déposée de Yamanouchi Pharmaceutical Co. Ltd.
 Cortef® Cream est une marque déposée de McNeil Consumer Healthcare
 Cortifoam® est une marque déposée de GlaxoSmithKline Consumer Healthcare Inc.
 Claritin® est une marque déposée de Schering Canada Inc.
 Apo®-Loratadine est une marque déposée de Apotex Inc.
 Elocom® est une marque déposée de Schering Canada Inc.
 Elidel® est une marque déposée de Novartis Pharmaceuticals Canada Inc.
 Protopic® est une marque déposée de Fujisawa Canada Inc.



GROS PLAN sur la DERMATOLOGIE

Rédactrice en chef

Bonnie Kuehl, PhD
Scientific Insights
Consulting Group Inc.
www.scientificinsights.com

Conseil de rédaction

Dr Gordon Searles
Dermatologue, Edmonton, Alberta
Professeur clinicien agrégé
Université de l'Alberta

Dr Jerry Tan
Dermatologue, Windsor, Ontario
Professeur auxiliaire
Université Western Ontario

Dr Marni Wiseman
Dermatologue, Winnipeg, Manitoba
Professeur adjoint
Université du Manitoba

Veillez faire parvenir vos commentaires à l'adresse suivante

Scientific Insights Consulting Group Inc.,
Mississauga, Ontario
Télécopieur : (905) 823-3930
Courriel : editor@sicg.ca



Éditeur

Cornerstone Group of Companies
2200 Young Street, 8th Floor
Toronto, ON, M4S 3G3
Tel: 416. 932. 9555



Cette publication touche environ
4 500 omnipraticiens, médecins
de famille et dermatologues au
Canada.

Voix et Points de vue

Merci à tous pour vos excellents commentaires et réactions à notre premier numéro de « Gros plan sur la dermatologie ». À votre demande, nous avons inclus un tableau des produits comprenant les noms commerciaux et les noms génériques des différents médicaments présentés dans chaque numéro. Nous espérons que vous continuerez à nous soutenir et à nous écrire. Voici un bref aperçu des commentaires que nous avons reçus :

Excellent et très pratique... Dr L. K, Côte-Saint-Luc, QC

Présentation claire et concise... Dr B. S, Vancouver, BC

J'ai pris beaucoup de plaisir à lire le Vol 1. de Gros Plan sur la Dermatologie et j'espère recevoir ce bulletin pendant de nombreuses années... Dr I. J, Saskatoon, SK

Des informations et des conclusions utiles – en particulier pour un médecin très occupé... Dr D. S., Ottawa, ON

J'aimerais voir des photos des maladies, et aussi des coupes...
Dr N. S, Ottawa, ON

Molécule	Noms commerciaux
Azathioprine	Imuran®; Gen-Azathioprine; Apo®-Azathioprine; ratio-Azathioprine
Clobetasone butyrate	Eumovate®
Cyclosporine	Neoral®; Sandimmune®; Rhoxal-cyclosporine
Fexofenadine	Allegra®
Fluocinolone acetonide	Capex™; Fluoderm; Synalar®
Fluticasone propionate	Cutivate®
Hydrocortisone butyrate	Locoid®
Hydrocortisone acetate	Cortef® Cream; Cortifoam®; Hyderm
Loratadine	Claritin®; Apo®-Loratadine
Methotrexate	
Mometasone furoate	Elocom®/Elocon
Pimecrolimus	Elidel®
Tacrolimus	Protopic®



*Merci aux éditeurs qui nous ont permis
d'utiliser les résumés pour ce rapport :*

*American Academy of Pediatrics
Blackwell Publishing, Inc
Elsevier Health Sciences
Taylor and Francis Group
The Medical Association of Thailand*

ScientificInsights Report

Scientific Insights Report est un rapport médical et scientifique indépendant offrant des mises à jour éducatives sur la littérature et les congrès médicaux et scientifiques les plus récents. Les opinions publiées dans le rapport sont celles des auteurs, scientifiques, professionnels médicaux ou participants, et ne reflètent pas forcément celles de l'éditeur ou du commanditaire. L'assistance pour la préparation et la diffusion de ce rapport a été apportée par GlaxoSmithKline Soins de Santé aux Consommateurs sous la forme d'une subvention sans restrictions et en vertu d'une entente garantissant l'indépendance. Les traitements mentionnés dans ce rapport doivent être utilisés conformément aux monographies de produits reconnues. L'information contenue dans ce rapport n'a pas pour objet de servir de base unique pour des soins individuels. Notre objectif est d'améliorer la compréhension par les scientifiques et les fournisseurs de soins de santé de la documentation et des tendances actuelles dans les domaines scientifique et médical.

**Financé par une subvention sans restrictions de
GlaxoSmithKline Soins de Santé aux Consommateurs.**