

Skin Therapy Letter[®]

Volume 1 • Numéro 3 • Décembre 2005

Évidence clinique. Conseils pratiques.

Rédacteur en chef : Dr Stuart Maddin

Dr Stuart Maddin, M.D., FRCPC

RÉDACTEUR EN CHEF

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



l'auteur de nombreux articles publiés dans des revues de dermatologie, de monographies et de manuels. En plus d'être un médecin-consultant auprès d'un certain nombre de compagnies pharmaceutiques et biotechnologiques, il est directeur du centre des essais cliniques au Département de dermatologie de l'Université de Colombie-britannique. Dr Maddin a également agi en tant que conseiller auprès d'administrations et services gouvernementaux chargés de l'application des règlements sur les médicaments comme la Direction générale de la protection de la santé (Ottawa), le Comité de liaison de la AAD-FDA et l'OMS (Genève). Fondateur des Symposiums de mise à jour en dermatologie (ils ont déjà 21 ans), il est l'ancien président de l'Association canadienne de dermatologie et a été secrétaire général du Comité international de dermatologie pour la Ligue internationale des sociétés de dermatologie.

Dr. Juan E. Munoz, M.D., PhD, MCSC, CCFP, FCFP

CONSEILLER EN MÉDECINE FAMILIALE

Dr Munoz est diplômé en médecine de l'université de Grenade en Espagne, a complété quatre années d'études postuniversitaires en Angleterre puis a obtenu un



doctorat en neurobiologie de l'université de Salamanque, Espagne. En 1986, il a déménagé au Canada et il a achevé sa formation en médecine familiale à l'Université Western Ontario où il a obtenu une maîtrise en sciences cliniques de médecine familiale en 1999. Il s'est joint au Département de médecine familiale de l'université McMaster en juillet 2000 et il y est maintenant professeur auxiliaire. Le Collège des médecins de famille du Canada lui a accordé une bourse de recherche en médecine familiale en novembre 2004. Ses principaux centres d'intérêts académiques sont dans le domaine de l'éducation médicale du deuxième et troisième cycles.

Traitement de l'acné : efficacité maximale grâce à une thérapie d'association

Jerry Tan, M.D., FRCPC

Département de médecine, Université Western Ontario, Windsor, Ontario, Canada

Le contrôle de l'acné

Un contrôle efficace de l'acné repose sur la compréhension des caractéristiques physiopathologiques de cette condition. Au niveau de l'organe cible, les glandes pilosébacées, les principaux facteurs impliqués sont :

1. Une hypersensibilité ou une stimulation androgènes
2. Une dilatation des glandes sébacées et un accroissement de leur fonction
3. Une modification de la croissance et de la desquamation épithéliale folliculaire
4. Une prolifération de *Propionibacterium acnes* (*P. acnes*) à l'intérieur du follicule
5. Une inflammation

Genres de lésions acnéiques

Lésions non-inflammatoires : les comédons

La principale lésion acnéique est le comédon

- Follicule pilosébacé obstrué et dilaté
 - points blancs (follicule obstrué)
 - points noirs (follicule obstrué avec des acides gras oxydés)

Lésions inflammatoires – elles entraînent toutes un risque de cicatrices

Papules	• douloureuses au toucher • petites élevures rouges
Pustules (boutons)	• des papules avec sommet purulent • peuvent être rouges à la base
Nodules	• palpables, douloureux, durs • profonds (dans l'hypoderme)
Kystes	• profonds, douloureux, remplis de pus

L'éducation du patient

- Dissiper certains mythes : l'acné n'est pas causée par un manque d'hygiène faciale ; la vapeur et les abrasifs n'améliorent pas les choses et l'alimentation ne doit pas être incriminée bien que les produits laitiers aggravent l'acné chez un petit groupe de patients.
- Rester réaliste : guérir versus circonscrire ; pour la plupart des traitements, il faut attendre 8 à 12 semaines pour obtenir une amélioration visible.
- Les médicaments réduisent efficacement le nombre de nouvelles lésions mais le traitement des taches et cicatrices peut exiger des gels pâlisants, des soins du visage et même une correction chirurgicale.
- Attention : ne pas triturer, frotter vigoureusement ou assécher les boutons
- Les soins quotidiens de la peau devraient être doux.

Les buts du traitement

1. Guérir les lésions existantes et prévenir les cicatrices.
2. Prévenir la formation de nouvelles lésions.
3. Minimiser le stress psychologique et la gêne.

Facteurs aggravants

- Certains médicaments (par exemple androgènes, lithium)
- Les cosmétiques qui bouchent les pores augmentent la comédogenèse
- Poussées prémenstruelles dues aux changements des taux hormonaux
- La friction causée par le frottement ou le gommage de la peau
- L'obstruction causée par le port d'un casque, d'un sac à dos ou d'un col serré
- La trituration des boutons
- Le stress

Acné légère – Thérapie topique

- Comédonienne +/- quelques lésions inflammatoires

Rétinoïdes topiques

- Traitement de première intention – le plus efficace pour prévenir et soigner les microcomédons et les comédons
- À appliquer aussi tôt que possible pour de meilleurs résultats
- Y joindre une thérapie antimicrobienne en présence de lésions inflammatoires
- À appliquer sur toute la surface affectée
- Élément essentiel de la thérapie préventive

Mécanisme d'action du rétinol

- Empêche la formation du microcomédon
- Guérit les comédons mûrs et les lésions inflammatoires
- Maintient la rémission de l'acné
- En traitant, le microcomédon on prévient la progression de la maladie
- Améliore la production de collagène et peut être utilisé pour atténuer les cicatrices de l'acné
- Rétinoïdes topiques : Trétinoïne, Stieva-A®, Retin-A® (et autres); Tazarotène (Tazorac®); adapalène (Differin®)

Les antibiotiques topiques : Érythromycine et Clindamycine

- Peu dispendieux.
- Utiles pour l'acné inflammatoire mais non pour l'acné comédonienne.
- Mécanisme d'action : antimicrobiens et anti-inflammatoires.
- Semblent augmenter la résistance microbienne qui découle de l'abus des antibiotiques.

variées : par exemple Clindoxyl®, BenzaClin®, Stievamycin® et Benzamycin®.

- Devrait être prescrite en présence de lésions inflammatoires (pour accélérer l'action des antibiotiques).
- L'antibiotique devrait être arrêté dès la résorption des lésions inflammatoires (2 à 4 mois).
- Si cela n'est pas possible, utiliser le PBO ou des associations de PBO et antibiotiques.
- Continuer à utiliser un rétinol topique pour maintenir la rémission.
- Temps d'attente pour des résultats visibles : 8 à 12 semaines.

Le peroxyde de benzoyle (PBO)

- Son action principale est antibactérienne (a peu d'effet sur le comédon).
- Il existe des preuves préliminaires démontrant que le PBO inhibe la résistance microbienne et il est ainsi souvent associé aux antibiotiques.
- À cause de son efficacité face à l'activité microbienne, il peut être utile dans le traitement de l'acné inflammatoire.
- Il est peu dispendieux.
- Des concentrations de <10% sont efficaces et moins irritantes.
- Rappeler aux patients son effet décolorant sur les vêtements, la literie et les serviettes de bain.

Un antibiotique plus un rétinol topique : préférable à un antibiotique seul pour la prévention du microcomédon

- Traite la plupart des acnés légères à modérées avec une thérapie d'association (antibiotique + rétinol topique).
- Cible plutôt les facteurs physiopathologiques.
- La guérison est plus rapide et meilleure qu'avec une antibiothérapie seule.

Thérapie d'association pour l'acné légère à modérée

- Rétinoïdes topiques, PBO et antibiotiques peuvent être utilisés. Ils sont maintenant commercialisés en associations

Les non-répondeurs

- Ajouter antibiotiques ou hormones systémiques.
- Traiter les non-répondeurs comme les patients qui ont une acné modérée.

Trucs pour le traitement topique

- Appliquer sur toute la surface acnéique et non seulement sur les boutons.
- Utiliser avec régularité, ceci est important.
- Espérer des résultats au bout de 8 à 12 semaines.
- S'il y a irritation, réduire la durée ou la fréquence des applications.
- Lorsque possible, utiliser des produits à base d'eau plutôt qu'à base d'alcool (moins irritant).
- Si irritation : envisager un mode de prescription pour un démarrage en douceur :
 - Alternier les traitements de nuit avec des topiques
 - Appliquer entre le repas du soir et le coucher
 - Laver avant le coucher – ne pas dormir avec le produit

sur la peau

- Associer à l'usage de nettoyant doux
- Éviter le nez, les yeux et les commissures des lèvres
- Options cosmétiques :
 - Comprend les nettoyants et les hydratants
 - Maquillage de camouflage : à conseiller pour diminuer les sentiments de gêne
 - Utiliser des produits sans huile et garantis non-comédogènes
 - Limiter l'usage des produits capillaires (revitalisants, gels, vaporisateurs, mousses) qui peuvent couler sur le front, le cou et le dos et être la cause de comédons.

Acné modérée – Thérapie topique/systémique

- Signifie une acné avec lésions inflammatoires plus nombreuses et plus grandes
- Sur une plus grande surface du visage et du tronc

Si l'acné modérée répond à la thérapie topique, il est préférable d'utiliser les préparations topiques. Cependant pour traiter une acné modérée et y mettre fin, il peut être nécessaire d'utiliser également une thérapie systémique avec antibiotiques et hormones.

Utilisation rationnelle des antibiotiques oraux

Pour minimiser l'apparition de souches résistantes de *P. acnes* :

- Limiter la prescription à 6 mois au maximum
- Ne prescrire que des antibiotiques de la famille des tétracyclines si possible (par exemple tétracycline 1g/jour, minocycline 100mg/jour)
- Utiliser en association avec le peroxyde de benzoyle

Thérapie hormonale

- Une thérapie d'appoint aux agents topiques pour l'acné modérée chez les femmes qui désirent une contraception
- Thérapie primaire pour l'acné modérée qui ne laisse pas de cicatrices
- L'acné grave traitée avec Accutane® exige l'emploi de 2 types de contraception
- Pour les femmes voulant une contraception : Diane 35®, Yasmin® Tri-Cyclen®, Alesse®
- Lorsqu'une contraception n'est pas requise envisager le spironolactone
- Efficacité maximale visible en 4 à 6 mois

- Ajouter des agents topiques pour accélérer la vitesse de l'amélioration

Mécanisme d'action

Effets des œstrogènes :

- Ils diminuent les androgènes surrénaliens et ovariens
- Ils réduisent les taux de 5alpha réductase
- Ils augmentent les protéines porteuses des stéroïdes sexuels entraînant des taux plus faibles de testostérone libre

Les progestatifs n'ont pas tous le même potentiel antiandrogène :

- antiandrogène : acétate de cyprotérone
- à faible potentiel antiandrogène : désogestrel, norgestimate

Acné grave – Thérapie topique/systémique

- Nodules inflammatoires
- Nombreuses papulopustules
- Laisse des cicatrices

- Collection purulente et/ou sérosanguine
- Impact psychosocial et professionnel
- Mauvaise réponse thérapeutique

Isotrétinoïne orale (Accutane®)

- Le meilleur traitement pour l'acné grave
- Ralentit le fonctionnement des glandes sébacées et la production de sébum
- Réduit en second lieu la prolifération de *P. acnes*
- Réduit l'engorgement des follicules

- L'isotrétinoïne est tératogène
- Les femmes doivent être inactives sexuellement, stérilisées de façon permanente ou utiliser 2 différentes formes efficaces de contraception
- Surveiller la survenue possible d'une dépression ou de changements d'humeur
- Autres effets indésirables mucocutanés
- Rarement : hépatite, hypertriglycéridémie

Effets indésirables de l'isotrétinoïne

- Peut causer la sécheresse de la peau du visage

Produits	<i>P. acnes</i>	Sébum	Inflammation	Comédons
Peroxyde de benzoyle*	++	-	+	+
Antibiotiques topiques	++	-	+	+
Acide azélaïque	+	-	+	+/-
Rétinoïdes topiques	-	-	+	+++
Contraceptifs oraux œstrogéniques	-	+	-	-
Antiandrogènes	-	++	-	-
Antibiotiques oraux	+++	-	++	-
Isotrétinoïne orale	++	++++	++	++

Tableau 1 : Médicaments pour l'acné et mécanisme d'action

*à utiliser avec des antibiotiques pour réduire le risque d'apparition de *P. acnes* résistant

Conclusion

Éduquer et conseiller. La plupart des patients aux prises avec l'acné sont des adolescents très soucieux de leur apparence et qui s'attendent à des résultats immédiats. Cependant, l'acné devient plus courante chez les adultes et leur cause aussi un grand désarroi. Il est très important que tous les patients soient au courant de la nécessité de poursuivre le traitement jusqu'à la fin et que les résultats n'arriveront pas avant 8 semaines après le début du

traitement.

Le choix du traitement sera basé sur la physiopathologie, la sévérité de l'acné et l'impact psychosocial de la maladie :

1. Légère : rétinoïdes topiques +/- antibiotiques +/- PBO topique
2. Modérée : ajouter des antibiotiques oraux ou des hormones si le patient ne répond pas aux traitements topiques seuls
3. Grave ou non-répondante : isotrétinoïne orale

Herpès labial (feux sauvages)

C.W. Lynde¹, M.D., FRCPC, E.E. Thomas², M.D., PhD, FRCPC

Réseau de la santé universitaire (division ouest) et Département de dermatologie, Université de Toronto, Toronto, Ontario, Canada ¹

Département de pathologie, Université de Colombie-britannique et Hôpital des enfants et des femmes, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada ²

Mise en contexte

Les feux sauvages (ou herpès labial) sont causés par l'herpès simplex virus (HSV). Il existe deux types de HSV (HSV1 et HSV2). Bien que l'HSV1 soit la cause la plus fréquente des feux sauvages, on constate un chevauchement significatif dans l'épidémiologie des deux types et chez les adultes environ 10 % des feux sauvages sont causés par HSV2. La fréquence de l'infection par HSV1 est influencée par le statut socioéconomique et l'âge. La séroconversion survient dans l'enfance dans les pays en voie de développement et dans les populations qui connaissent des problèmes socioéconomiques. Environ un tiers des enfants de 5 ans ont déjà été infectés et au début de l'adolescence 70 à 80 % le sont. Dans les pays développés, environ 20 % des enfants sont infectés avant l'âge de 5 ans et la prévalence des anticorps augmente entre 40 et 60 % au cours de la deuxième et troisième décennie de la vie. Une fois qu'un individu a été infecté avec le HSV1, le virus persiste dans les cellules nerveuses et il peut être réactivé, particulièrement en situation de stress. L'infection récurrente peut se manifester par les feux sauvages classiques mais aussi par une excrétion virale asymptomatique. On estime qu'environ 30 % des individus infectés par le HSV ont un herpès récurrent.

Symptômes

- Bouquets récurrents de petites cloques localisées le long du vermillon de la lèvre mais qui peuvent aussi survenir près du nez, du menton ou dans la bouche, particulièrement chez les immunodéprimés :
 - les éclosons peuvent survenir dans l'œil ou être plus étendues dans l'eczéma herpétiforme
 - c'est le facteur déclenchant le plus courant de l'érythème polymorphe
- Symptômes prémonitoires sous forme de sensation douloureuse ou de picotement un ou deux jours avant que n'apparaissent les vésicules
- Les petites élevures (vésicules) se rompent souvent, révélant un liquide clair qui contient le virus infectieux
- Les croûtes se prolongent en cas d'infection bactérienne secondaire
- Les vésicules guérissent habituellement en 7 à 10 jours

Diagnostic

Le diagnostic est généralement posé cliniquement. Une confirmation par le laboratoire le même jour s'obtient par immunofluorescence directe ce qui permet de distinguer entre le HSV1 et 2. L'échantillon idéal pour ce test se prélève en grattant la base de la vésicule au scalpel puis en l'étalant sur une lame de verre et en la faisant sécher à l'air avant de la soumettre au laboratoire. Le virus peut aussi être cultivé mais il faudra attendre les résultats qui pourront être obtenus après 3 à 7 jours.

Causes de l'herpès labial

- Il est généralement causé par le HSV1 alors que l'herpès génital est causé par le HSV2.
- L'herpès récurrent est souvent déclenché par le stress, l'exposition au soleil ou la fièvre.
- Certains patients constatent que la consommation d'aliments riches en arginine (noix, graines de tournesol, chocolat) augmente pour eux les risques d'une poussée.
- Le HSV1 se propage par les baisers, les ustensiles, les brosses à dents ou des serviettes qui ont été au contact des lésions à vif.

Prévention

La prévention des poussées ultérieures est une préoccupation majeure. Les patients devraient :

- Se laver les mains soigneusement et fréquemment quand ils ont des feux sauvages
- Limiter leur exposition au soleil et appliquer régulièrement sur les lèvres et la peau avoisinante un écran solaire avant la période d'exposition
- Éviter les situations de déclenchement
- Faire très attention quand ils touchent d'autres parties de leur corps particulièrement les yeux et les organes génitaux

Traitement

- La plupart des feux sauvages guérissent spontanément en 7 à 10 jours. Il est possible parfois de diminuer la douleur et la gêne qui accompagnent les feux sauvages en :
 - Appliquant une crème en vente libre sur la partie affectée
 - Utilisant de l'alcool à friction pour assécher les lésions
 - Prenant de l'ibuprofène ou de l'acétaminophène pour la douleur
 - Appliquant de la glace ou de la chaleur sur les vésicules
 - Évitant de percer ou presser les vésicules
- Les traitements proposés visent à réduire l'inconfort causé par les feux sauvages et diminuer la durée de la flambée. Des démarches plus récentes cherchent à prévenir la progression de la flambée dès les premiers signes de son annonce.
- Il faut considérer les différences de coût des divers traitements, la résistance virale et l'avantage pour le patient.
- Au Canada, les médicaments sur prescription disponibles sont : la crème ou les comprimés d'acyclovir (Zovirax®), le famciclovir (Famvir®), la crème de penciclovir (Denavir®), les caplets de valacyclovir (Valtrex®).

TOPIQUE

- Crème d'acyclovir (Zovirax®)
 - Appliquer 4 à 6 fois par jour
 - Efficacité démontrée pour réduire la gravité des feux sauvages chez l'immunodéprimé
- Crème de docosanol (Abreva®)
 - Appliquer 5 fois par jour
 - Spécialité pharmaceutique grand public
 - Une étude a prouvé son efficacité

ORAL

- Acyclovir (Zovirax®)
 - 400 mg 5 fois par jour pour une réduction démontrée de la durée de l'infection de 27 %.
- Famciclovir (Famvir®)
 - Indiqué dans le traitement des infections récurrentes causées par le virus herpès simplex cutanéomuqueux chez les patients infectés par le VIH (500mg 2 fois par jour pendant 7 jours).
 - Des études cliniques explorent de nouvelles indications de traitement de ce médicament.
 - Le famciclovir à dose de 500 mg 3 fois par jour a réduit le délai de résolution des lésions de 48 %. [Spruance, et al. *J Infect Dis* 179:303-10 (1999)]
 - La combinaison avec des stéroïdes topiques peut accroître les résultats bénéfiques mais on ne sait pas encore quel serait le meilleur agent topique.
- Valacyclovir (Valtrex®)
 - 2 grammes 2 fois par jour pendant 24 heures à 12 heures d'intervalle dès le tout premier symptôme préviennent l'éclatement des feux sauvages. [Spruance, et al. *Antiviral Res* 53:a53 (2002)]
- Le valacyclovir et le famciclovir ont tous les deux démontré leur capacité de réduire les flambées d'herpès orofacial après une restructuration au laser. [*Plastic Reconstr Surg* 104:1103-80 (1999)] Ces deux médicaments ont été utilisés à travers le monde pour la prévention et le traitement des feux sauvages.
- Les antiviraux peuvent être pris quotidiennement pour la prévention des feux sauvages récurrents chez les patients qui souffrent d'épisodes fréquents.

La famille des antiviraux oraux

L'acyclovir est un analogue d'un nucléoside (il peut s'insérer dans l'ADN d'un virus pendant sa réplication) et il cible précisément les cellules virales infectées. Il entrave la production d'un nouveau virus en inhibant la formation adéquate de l'ADN viral. Le famciclovir et le valacyclovir agissent de façon similaire à l'acyclovir. Étant donné la façon dont ils fonctionnent, ces trois médicaments n'agissent que sur un virus réactivé. Ainsi, ils sont seulement efficaces pour un virus qui s'est échappé d'un nerf et qui est en train de se répliquer dans une partie du corps. C'est pourquoi ils ne guérissent pas les infections latentes étant donné que le virus HSV latent n'est pas en réplication. Il n'existe pas de traitement viral capable d'éliminer une infection HSV latente.

Conclusion

Les feux sauvages sont incommodes. Ils peuvent être une source d'herpès pouvant s'auto-inoculer dans l'œil et aussi infecter les autres. Au cours de la dermatite atopique, ils peuvent s'étendre énormément et être une cause d'érythème polymorphe. Les traitements topiques et systémiques peuvent réduire de façon modérée la durée et l'intensité d'une écloison. L'usage d'antiviraux topiques en prévention est inefficace. Des progrès significatifs au cours d'études récentes ont démontré qu'une thérapie à forte dose dès l'apparition des premiers signes ou symptômes peut prévenir l'éruption.

Procédures à suivre en présence d'une onychomycose

Y. Poulin, M.D.

Département de médecine (dermatologie), Université Laval, Québec, Québec, Canada

Qu'est-ce que l'onychomycose?

- l'atteinte des ongles par des champignons
- touchant le plus souvent les ongles aux orteils et particulièrement le gros orteil
- l'infection des ongles des doigts n'existe presque jamais sans qu'il y ait aussi infection des ongles aux orteils

Pourquoi est-ce sérieux?

- La dystrophie unguéale peut être désagréable ou douloureuse
- Son aspect inesthétique est une source de gêne
- Les champignons des ongles peuvent être un réservoir d'infection pour les pieds, les aines, le tronc ou ailleurs sur le corps
- Elle peut être la source d'un tinea pedis chronique et d'autres variétés de tinea (par exemple : tinea cruris, tinea corporis)
 - Elle augmente le risque de complications telles que la cellulite du pied
 - Elle augmente le risque d'une réaction idiopathique avec eczéma des pieds et des mains

Facteurs de risque de l'onychomycose

- 6,9 % des Canadiens souffrent d'onychomycose [Gupta AK, et al. *J Am Acad Dermatol* 43(2 pt1):244-8 (2000)]
- rare chez les enfants
- plus répandue chez les patients qui :
 - sont avancés en âge
 - ont le diabète
 - souffrent de maladie vasculaire périphérique
 - ont une immunosuppression
 - ont subi des traumatismes des ongles (exemple : chez les coureurs)
- mais à ne pas confondre avec la dystrophie unguéale des coureurs)
 - ont un travail exigeant de porter des chaussures fermées

Comment reconnaître l'onychomycose

Les atteintes des ongles comprennent :

- décoloration de l'ongle
 - sur la surface de l'ongle
 - onychomycose superficielle blanchâtre
 - dans l'ongle même ou par des changements sous-unguéaux
- onycholyse
 - détachement de l'ongle du lit unguéal

- hyperkératose sous-unguéale
 - ongle distal
 - ongle latéral
 - ongle proximal
- épaissement de l'ongle et effritement

Bien que la dystrophie unguéale puisse avoir plusieurs causes, on retrouve dans plus de 50 % des cas, une colonisation par des champignons. Parmi ces diverses causes de la dystrophie unguéale, on peut inclure un traumatisme mécanique (le cinquième ongle aux orteils est très fréquemment déformé par un traumatisme chronique) et le psoriasis dont le diagnostic différentiel est considérable. L'onycholyse et l'épaississement de l'ongle ont aussi de multiples causes (voir plus bas). Les criblures de l'ongle (ongle en dé à coudre) et la décoloration en tache d'huile (tache jaunâtre sur l'ongle) sont propres au psoriasis. Notons bien que des ongles psoriasiques et des ongles déformés par divers traumatismes peuvent être aussi infectés par des champignons.

Causes d'onycholyse

- Psoriasis
- Traumatismes
- Hyperhidrose
- Eczéma
- Agressions chimiques (par ex. solvants, durcisseurs d'ongle)
- Causes médicamenteuses :
 - photo-onycholyse (produite par la doxycycline et autres médicaments photosensibilisants)
 - chimiothérapie
- Mauvaise circulation périphérique
- Désordres systémiques divers :
 - hypo ou hyperthyroïdisme
 - porphyries
- Idiopathique
- Onychomycose

Causes d'épaississement de l'ongle




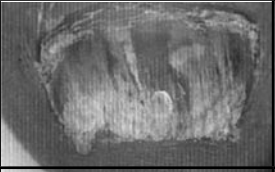

- Onychomycose
- Psoriasis
- Eczéma
- Traumatismes
- Syndrome des ongles jaunes
- Autres causes rares

Diagnostic de l'onychomycose

- Le diagnostic devrait être confirmé par
 - examen microscopique direct des débris unguéaux
 - et/ou une culture
- Les procédures sont simples
- Les résultats détermineront le traitement à suivre
- Certaines souches de champignons sont particulièrement rebelles
- Le diagnostic doit être remis en question si la culture est négative
- Au besoin, il faudra répéter les cultures

Traitement de l'onychomycose

Les patients atteints d'onychomycose doivent être traités à moins d'être avancés en âge ou en cas de contre-indication aux thérapies disponibles.

				
Onychomycose blanche superficielle	Onychomycose sous-unguéale distale légère	Onychomycose distale modérée	Onychomycose sous-unguéale latérale	Onychomycose sous-unguéale proximale
Traitement topique local	Traitement topique ou systémique		Traitement systémique : + Traitement topique : -	

Le traitement topique peut être employé pour maîtriser la propagation de l'infection et comme un appoint thérapeutique au traitement systémique. On conseille le nettoyage des dermatophytomes (filaments mycéliens tassés serrés formant des masses sous-unguéales). On ne recommande pas l'enlèvement de l'ongle à moins de circonstances inhabituelles.

Traitements systémiques

Les traitements systémiques les plus fréquemment prescrits sont la terbinafine et l'itraconazole. La terbinafine est habituellement le traitement de choix car elle donne des taux de guérison plus élevés. Le fluconazole est rarement employé.

La terbinafine

Elle est donnée à la dose de 250 mg par jour pendant 12 semaines. Des tests de transaminase sérique (ALT, AST) à faire avant le traitement afin d'avoir une valeur initiale de base, sont conseillés pour tous les patients qui prendront des comprimés de terbinafine. Ces tests devraient être répétés après 3 semaines de traitement pour vérifier s'il y a hépatotoxicité.

L'itraconazole

Le dosage de l'itraconazole se fait par traitements pulsés de 7 jours : 200 mg 2 fois par jour durant 7 jours aux semaines 1, 5 et 9 (total de 3 périodes d'une semaine par mois pour 3 mois). L'itraconazole se prend immédiatement après un repas complet. Les imidazolés présentent de nombreuses interactions médicamenteuses qu'il faut envisager avant d'entreprendre le traitement.

Traitement topique

Ciclopirox solution filmogène

Le ciclopirox à 8 % en solution filmogène doit être appliqué une fois par jour pendant 48 semaines et le débridement de l'ongle devrait être fait par un professionnel de la santé. L'ingrédient actif se diffuse profondément dans toutes les couches de l'ongle (jusqu'à 0,4 mm) après une seule application. [Bohn M, et al. *J Am Podiatr Med Assoc* 90:491-4 (2000)] Une méta-analyse de 10 études a révélé un taux de guérison pour les affections mycologiques de 52,6 % avec ce traitement topique. [Gupta AK, et al. *J Am Acad Dermatol* 43(4 Suppl):S70-80 (2000)] La solution filmogène ciclopirox est le seul traitement topique approuvé par Santé Canada dont l'efficacité a été prouvée.

Systémique	Topique
Terbinafine – 250 mg/jour x 12 semaines	Ciclopirox solution filmogène – chaque jour x 48 semaines
Itraconazole – 200 mg/jour x 12 semaines OU 200 mg b.i.d. x 1 semaine/mois pendant 3 mois	
Fluconazole – 150 mg/semaine x 9 mois	

Tableau 1 : Traitement de l'onychomycose

Combinaison systémique et topique

La terbinafine orale peut être avantageusement combinée au topique ciclopirox en solution filmogène. Dans une expérience récemment publiée, le taux de guérison de la mycose était de 56 % pour les patients ayant reçu 12 semaines de terbinafine orale seule et de 70,4 % pour les patients traités avec une combinaison de terbinafine orale pendant 12 semaines plus l'emploi de ciclopirox en solution filmogène pendant 48 semaines. [Gupta AK. *J Drugs Dermatol* 4:481-5 (2005)]

Conclusion

Le diagnostic de l'onychomycose ne peut être établi qu'avec un prélèvement positif ou l'observation directe de champignons dans les débris d'ongle. Avant de définir le traitement, il faut considérer les coûts et les complications possibles. Même après une guérison complète, il peut y avoir récurrence.

OBTENEZ PLUS D'INFORMATION CLINIQUE À

www.SkinTherapyLetter.ca

site pour les médecins où il est possible de trouver :

- **Des détails académiques (A-Details™) : Présentation des médicaments suivants**
- **Les articles du bulletin Skin Therapy Letter®**
- **Les résumés et les comptes rendus des réunions**
- **De l'information personnelle disponible en dirigeant vos patients vers le site www.SkinCareGuide.ca ou vers l'un des sites suivants :**

AcneGuide.ca

EczemaGuide.ca

FungalGuide.ca

HerpesGuide.ca

RosaceaGuide.ca

SkinCancerGuide.ca

PsoriasisGuide.ca

PsoriaticArthritisGuide.ca

BotoxFacts.ca

Lice.ca

MildCleanser.ca

Mohssurgery.ca

Nous apprécions vos commentaires et vos suggestions de sujets à développer.

Veillez nous les faire parvenir à physicians@skincareguide.com

Les compagnies suivantes nous accordent une subvention à l'éducation sans restrictions pour la distribution de cette publication en 2005 :

Allergan Inc.

Barrier Therapeutics

Dermik Laboratories

Galderma Canada

LEO Pharma Inc.

Novartis Pharma Canada Inc.

Ombrelle

Stiefel Canada

© 2005 par Skin Care Guide.com Ltd. Skin Therapy Letter® - Édition médecine familiale est publiée tous les trimestres par Skin Care Guide.com Ltd., 1107-750 West Pender, Vancouver, Colombie britannique, Canada, V6C 2T8. Tous droits réservés. Toute reproduction en tout ou en partie, par quelque procédé que ce soit, est strictement interdite sans l'autorisation préalable par écrit de l'éditeur. Bien que tous les efforts nécessaires soient faits pour qu'il n'apparaisse dans la Skin Therapy Letter® - Édition médecine familiale, aucune donnée, opinion ou déclaration inexacte ou trompeuse, les éditeurs et le comité de rédaction insistent pour déclarer que les données et les opinions exprimées dans les articles ci-inclus sont l'entière responsabilité du collaborateur. Par conséquent, les éditeurs, le comité de rédaction, leurs employés, fonctionnaires et agents respectifs n'accepteront aucune responsabilité pour les conséquences d'une de ces quelconques données, opinions ou déclarations inexactes ou trompeuses. Bien que tous les efforts nécessaires soient aussi faits pour s'assurer que les posologies et autres dosages indiqués sont exactes, nous recommandons à nos lecteurs de ne suivre ces nouvelles méthodes et techniques d'utilisation des médicaments décrites dans les articles ci-inclus que conjointement avec les données internes publiées par le fabriquant.