

# Skin Therapy Letter<sup>®</sup>

Volume 6 • Numéro 1 • Août 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.

**Dr Colleen Lawlor, MD, CCFP**

## CONSEILLÈRE EN MÉDECINE FAMILIALE

Dr Colleen Lawlor a choisi de monter sa pratique de médecine familiale au Continuum Medical Care situé dans Vancouver Ouest en Colombie-Britannique. Dr Lawlor a un baccalauréat en psychologie, une maîtrise de sciences en sciences infirmières, elle est docteur en médecine et possède un certificat du Collège de médecine familiale du Canada (CCFP). Elle a fait ses études de médecine à l'Université du Texas à San Antonio.



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

## Mise à jour de la gestion des kératoses actiniques

**Ilya Shoimer, BSc; Nathan Rosen, MD;  
Channy Muhn, MD**

*Département de dermatologie, Université McMaster, Hamilton, Ontario, Canada*

### Introduction

Les kératoses actiniques (KA) ou kératoses solaires sont des lésions de la peau précancéreuses qui apparaissent principalement sur les parties du corps exposées au soleil. Elles sont l'une des plus courantes affections de la peau observées par les dermatologues, n'étant dépassées que par l'acné vulgaire et la dermatite<sup>1</sup>. Les kératoses actiniques sont des lésions cliniquement pertinentes car elles ont le potentiel d'évoluer vers un épithélioma à cellules squameuses (ESC)<sup>2</sup>. De plus, elles constituent un facteur de risque pour le développement ultérieur d'un mélanome ou des autres cancers de la peau. Il existe de nombreux traitements pour traiter les kératoses actiniques et ils comprennent les options que l'on catégorise d'une façon générale parmi les thérapies de destruction locale, de champ topiques et de champ procédurales. L'introduction récente de l'imiquimod 3,75 % approuvé pour le traitement des kératoses actiniques sur le visage et le cuir chevelu, élargit l'arsenal thérapeutique.

### Prévalence et facteurs de risque

- Dans l'hémisphère nord, on estime qu'entre 11 à 25 % des adultes ont au moins une kératose actinique<sup>3</sup>.
- Ces lésions se voient le plus souvent chez la population plus âgée à la peau claire ou chez les individus aux phototypes I-III de la classification de Fitzpatrick.
- Les facteurs de risque les plus importants sont une exposition cumulative aux rayons ultraviolets et l'âge.
- Les individus dont le système immunitaire est affaibli ou ceux qui ont certains syndromes génétiques comme, par exemple, le xeroderma pigmentosum et l'albinisme sont à risque plus élevé.

### Pathogénèse

- Les rayons UV sont impliqués dans la pathogénèse des kératoses actiniques car ils provoquent des mutations dans l'ADN cellulaire de la peau ce qui peut affecter les gènes de la prolifération cellulaire (par exemple, p53 et ras) ou un évitement de l'apoptose<sup>2</sup>.
- La perturbation d'un de ces gènes peut conduire à la formation de kératinocytes atypiques dans la couche basale et le développement d'une kératose actinique. Tous ces changements histopathologiques se limitent à l'épiderme.
- Une absence d'exposition supplémentaire aux rayons UV peut entraîner une résolution grâce à des mécanismes de réparation inhérents. Par contre, des expositions additionnelles peuvent causer d'autres mutations qui déboucheront sur le développement d'un épithéliome épidermoïde invasif.

## Caractéristiques diagnostiques

- Les kératoses actiniques se présentent de façon typique comme des petites (1 à 3 mm) papules érythémateuses et squameuses avec une texture hyperkératotique.
- On les identifie mieux par la palpation que par l'examen visuel seulement.
- Les kératoses actiniques se retrouvent de façon typique sur les parties du corps exposées au soleil, sur le visage, le cuir chevelu chauve, les oreilles, le cou, la poitrine, le dos des avant-bras et des mains. Les parties environnantes peuvent révéler une élastose solaire (par exemple, télangiectasie, hyperpigmentation couperosée et décoloration jaune de la peau)<sup>4</sup>.
- Les variantes cliniques de la kératose actinique incluent la corne cutanée, la kératose du genre lichen plan, la kératose actinique pigmentée et la chéilite actinique<sup>4,5</sup>.
- L'évolution naturelle des kératoses actiniques est variable et imprévisible. Une lésion peut soit persister, soit régresser ou encore se transformer en un carcinome invasif.
  - Il est impossible de prédire laquelle de ces trois directions la kératose actinique va prendre.
  - Le risque pour une seule lésion de se transformer de kératose actinique en épithélioma à cellules squameuses varie de 0,025 à 16 % par année<sup>6</sup>.
- Ces lésions peuvent progresser sur plusieurs années et devenir plus épaisses pour se transformer en une kératose hypertrophique, la maladie de Bowen (ESC *in situ*) ou un ESC invasif.
  - Les étapes de ce continuum biologique sont cliniquement imperceptibles et c'est pourquoi il faut faire une biopsie si l'on soupçonne un épithéliome épidermoïde
  - Un tableau clinique qui présente douleur, prurit, durcissement, agrandissement, croissance rapide, ulcération, saignement ou résistance au traitement, peut indiquer une pathologie plus dangereuse (par exemple, un ESC)<sup>4,5</sup>.

## Survol du traitement

Il est conseillé de traiter toutes les kératoses actiniques car il est parfois difficile de distinguer une KA d'un ESC. Passer à côté d'un diagnostic d'épithéliome épidermoïde, c'est permettre qu'il devienne localement invasif et destructeur. Ces lésions peuvent entraîner des métastases et même la mort. Les choix thérapeutiques sont guidés par l'efficacité, les effets indésirables, les résultats cosmétiques et l'observance du patient.

## Thérapie de destruction locale

Les thérapies les plus courantes pour les kératoses actiniques individuelles agissent pour les détruire en éliminant physiquement la lésion. Ces modalités doivent être les traitements de choix pour des lésions de kératoses actiniques isolées ou précoces. Les thérapies de destruction locale comprennent la cryothérapie avec azote liquide, le curetage avec ou sans électrodessiccation et l'excision par rasage. Les principaux avantages de ces procédés sont leur rapidité, leur simplicité et leur efficacité, les tissus anormaux subissant une élimination adéquate.

### Cryothérapie

La cryothérapie est la technique la plus fréquemment utilisée et l'azote liquide est le cryogène le plus couramment appliqué. Au cours d'une cryothérapie appliquée sur la région affectée, la peau développe des températures qui détruisent les cellules atypiques des kératoses actiniques<sup>7</sup>.

- Cette technique est idéale si les lésions sont dispersées, peu nombreuses ou pour un patient qui n'observe pas les régimes topiques<sup>7</sup>.
- Les taux de guérison rapportés varient de 39 à 83 %<sup>8</sup>.
- Les traitements sont généralement bien supportés et n'exigent pas d'anesthésie locale, mais le procédé peut être douloureux et produire une hypopigmentation permanente.
- Parmi les effets indésirables remarquables, nous retrouvons cloques, cicatrices, changements au niveau de la texture de la peau, infections et hyperpigmentation.

### Curetage et excision par rasage

Dans le curetage, on utilise une curette pour enlever mécaniquement les cellules atypiques. Une excision par rasage à l'aide d'une lame chirurgicale constitue une autre technique chirurgicale. Elles peuvent être suivies d'une électrocautérisation qui détruira des couches additionnelles de cellules atypiques tout en permettant un effet hémostatique.

- Ces techniques sont les plus adaptées au traitement des kératoses actiniques individuelles, aux cas où il est nécessaire de faire une biopsie pour écarter la possibilité d'un carcinome, ou pour les kératoses actiniques hypertrophiques réfractaires à d'autres traitements.
- Parmi les effets indésirables possibles, il y a l'infection, des cicatrices et une dyschromie et ainsi que des effets indésirables liés à l'anesthésie.

## Thérapie champ topique

Les médecins reçoivent souvent des patients qui sont couverts de kératoses actiniques, un scénario clinique décrit maintenant comme un champ de cancérisation qui comprend à la fois les lésions cliniques et subcliniques dans une région anatomique donnée<sup>9</sup>. Pour ces patients, il est nécessaire d'avoir une approche thérapeutique différente connue sous le nom de thérapie champ afin d'éliminer les kératoses actiniques cliniquement visibles et celles qui sont invisibles à l'intérieur de la région traitée.

### 5-fluorouracile (5-FU)

L'antimétabolite 5-FU a été le premier agent approuvé pour la thérapie champ topique. Il a été découvert fortuitement alors que les patients qui recevaient du 5-FU, un agent anticancéreux, voyaient leurs kératoses actiniques s'enflammer puis disparaître. Il devait finalement être mis au point sous forme de formulation topique efficace. Il agit par inhibition de l'enzyme thymidylate synthase qui bloque une réaction de méthylation qui à son tour gêne la synthèse de l'ADN et de l'ARN et arrête efficacement la croissance des cellules qui se divisent le plus rapidement ou qui sont cancéreuses<sup>10</sup>. Ainsi, le 5-fluorouracile prend pour cible, de préférence, les cellules atypiques plutôt que le tissu cutané normal.

- Le taux de guérison moyen est de 62,5 %<sup>11</sup>, mais pour des résultats optimaux, l'observance du patient doit être totale. L'administration de doses recommandée est deux fois par jour pendant trois semaines.
- L'observation démontre qu'un traitement simultané avec de la tréтиноïne topique augmente l'efficacité du 5-FU<sup>12</sup>.
- Souvent les patients traités avec succès au 5-FU ont un érythème, de l'inflammation et des érosions.
- Les effets indésirables courants sont la douleur, le prurit, la photosensibilité et une brûlure au point d'application.
- Le 5-FU peut aggraver des conditions cutanées préexistantes comme les mélasmes ou l'acné rosacée, et ainsi son usage devrait être évité chez ces patients<sup>7</sup>.

### Diclofenac

Le gel de diclofenac à 3 % est un anti-inflammatoire non stéroïdien dont les effets s'exercent, croit-on, à travers l'inhibition de la cyclo-oxygénase (COX) et plus particulièrement la COX-2. On pense que la production de prostaglandines affaiblit le système immunitaire ce qui permet la formation des tumeurs<sup>13</sup>. Sans COX, la production des prostaglandines est réduite et la cascade est rompue<sup>13</sup>.

- Malgré un régime de traitement plus rigoureux (deux fois par jour pendant 90 jours), on ne remarque que des réactions cutanées locales légères à modérées.
- Bien que rares, des rapports d'hépatotoxicité due à l'action du médicament ont fait surface et par conséquent, les transaminases devraient être mesurées périodiquement chez les patients qui suivent une thérapie à long terme.

### Imiquimod

La crème topique d'imiquimod à 5 %, à l'origine, était indiquée pour le traitement des verrues génitales et périanales. Elle fut ensuite approuvée pour le traitement des kératoses

actiniques et du carcinome basocellulaire superficiel. On l'utilise à titre expérimental dans les indications suivantes non autorisées : la maladie de Bowen, le ESC invasif, le lentigo malin, le molluscum contagiosum, les cicatrices chéloïdiennes et autres maladies<sup>14</sup>. L'imiquimod agit comme un antagoniste du récepteur TLR-7, ce qui entraîne une modification de la réponse immunitaire et de la stimulation de l'apoptose interrompant ainsi la prolifération tumorale<sup>15</sup>. Stockfleth et collaborateurs<sup>16</sup> ont démontré que 84 % des KA traitées présentaient une guérison clinique avec un cycle de thérapie de 12 semaines avec l'imiquimod à 5 %.

- Une irritation localisée courante associée à la longue durée du traitement (deux fois par semaine pendant 16 semaines) peut décourager l'observance du patient.
- Le traitement devrait être appliqué à la fois sur la lésion et sur les tissus avoisinants pour cibler les kératoses actiniques subcliniques.
- Parmi les quelques rares effets systémiques, on peut nommer la fatigue, des symptômes pseudo-grippaux, des maux de tête, des myalgies et un œdème angioneurotique.

En décembre 2009, Santé Canada a approuvé l'usage de l'imiquimod à 3,75 % pour le traitement des kératoses actiniques sur le visage ou le cuir chevelu chauve. Deux essais contre placebo identiques ont évalué l'innocuité et l'efficacité de l'imiquimod à 3,75 %<sup>17,18</sup>.

- Dans l'essai de Swanson et collaborateurs<sup>17</sup>, les crèmes étaient appliquées tous les jours sur le visage en entier ou sur le cuir chevelu chauve pendant deux cycles de traitement de deux semaines, séparés par un intervalle de deux semaines sans traitement.
- Les patients qui appliquaient l'imiquimod à 3,75 % ont obtenu une réduction des lésions médiane de 82 % tandis que tout juste un peu plus d'un tiers a expérimenté une guérison complète.
- Ces données d'efficacité rivalisent avec celles obtenues par l'usage de l'imiquimod à 5 % deux fois par semaine pendant 16 semaines, mais avec l'avantage d'une tolérance beaucoup plus élevée de la part du patient.
- On a jugé que la thérapie était sans danger et n'entraînait aucun événement indésirable sérieux.
- La plupart des patients ont eu un érythème et environ 25 % d'entre eux ont fait un érythème grave. Cependant, aucun patient ne s'est retiré de l'essai pour cela.
- On a noté des taux d'observance thérapeutique de plus de 90 %<sup>17,18</sup>.
- Globalement, la formulation d'imiquimod à 3,75 % récemment approuvée est une alternative raisonnable à l'imiquimod à 5% car elle a démontré une efficacité comparable mais avec un posologie beaucoup plus simplifiée et plus courte.
- De plus, l'imiquimod 3,75 % est approuvé pour le traitement d'une plus grande surface allant jusqu'à 200 cm<sup>2</sup>, comparée à 25 cm<sup>2</sup> pour la formulation à 5 %, et ainsi il peut cibler plus de KA.

## Thérapie champ procédurale

Les thérapies champ procédurales peuvent offrir une option appropriée pour les patients qui ont besoin d'un minimum de temps d'indisponibilité, qui ne se soumettront probablement pas à une approche topique, qui ont des KA résistantes à la thérapie topique ou qui favorisent un résultat cosmétique amélioré.

- Les options de traitement de la thérapie champ procédurale incluent la thérapie photodynamique, la dermabrasion manuelle, le resurfacing laser, le cryopeeling et les peelings chimiques.
- Chacune de ces techniques traite les kératoses actiniques par la destruction des couches superficielles de la peau par des moyens physiques ou chimiques.

### La thérapie photodynamique

La thérapie photodynamique est une thérapie champ procédurale qui utilise l'acide 5-aminolévulinique ou méthylaminolévulinate pour détruire les kératoses actiniques. Ces

molécules sont absorbées de préférence par les cellules qui se divisent rapidement, à qui il manque les jonctions d'adhésion normales de cellule à cellule, puis elles sont converties au sein de la cellule en protoporphyrine IX<sup>19</sup>. Cet agent photosensibilisant est ensuite exposé à la lumière bleue ou rouge qui correspond aux maxima dans le spectre de l'absorption de la protoporphyrine, produisant une réaction phototoxique qui détruit la cellule anormale<sup>19</sup>.

- La thérapie photodynamique est efficace pour le traitement des KA multiples et diffuses et ses résultats cosmétiques sont généralement excellents.
- La thérapie photodynamique ne convient pas au traitement des KA plus épaisses ou plus profondes<sup>19</sup> et on la réserve généralement aux patients qui ne répondent pas adéquatement à la thérapie champ topique ou à la cryochirurgie.
- Au cours de la thérapie, les patients peuvent éprouver un érythème, un œdème et une sensation de brûlure.

## Conclusion

Il n'existe pas un algorithme universellement accepté pour le traitement des kératoses actiniques. Souvent il faut avoir recours à différents régimes de traitement pour une bonne gestion des KA, particulièrement si les cas sont étendus ou résistants. Comme toujours, la meilleure façon de gérer les kératoses actiniques est la prévention : il faut éviter l'exposition aux radiations ultraviolettes fortes ou inutiles. Les médecins de famille peuvent jouer un rôle important en encourageant les patients à porter un écran solaire à spectre large, un chapeau à large bord, des lunettes de protection et à éviter le soleil pendant les heures d'ensoleillement maximal ce qui pourrait prévenir les rechutes ou limiter la progression des KA. De plus, les patients profitent toujours d'une éducation sur les effets indésirables potentiels et sur la rapidité d'action des thérapies champ topiques.

## Références

1. Salasche S.J., *J Am Acad Dermatol* 42(1 Pt 2) : S4-7 (janvier 2000).
2. Grossman D. et coll., *Arch Dermatol* 133(10) : 1263-1270 (octobre 1997).
3. Gupta A.K. et coll., *Cutis* 70 (1 Suppl) : S8-13 (août 2002).
4. Moy R.L., *J Am Acad Dermatol* 42 (1 Pt 2) : S8-10 (janvier 2000).
5. Duncan Karynne O., et coll., chapitre 113, Epithelial precancerous lesions, dans : Wolff K. et coll. (éditeurs) *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine* : 7th edition, New York, US: McGraw-Hill Companies (2008).
6. Glogau R.G., *J Am Acad Dermatol* 42 (1 pt 2) : S23-24 (janvier 2000).
7. Dinehart S.M., *J Am Acad Dermatol* 42 (1 Pt 2) : S25-28 (janvier 2000).
8. Thai K.E. et coll., *Int J Dermatol* 43 (9) : 687-692 (septembre 2004).
9. Braakhuis B.J. et coll., *Cancer Res* 63 (8) : 1727-1730 (15 avril 2003).
10. Eaglestein W.H. et coll., *Arch Dermatol* 101 (2) : 132-139 (février 1970).
11. Gupta A.K., *Cutis* 70 (2 Suppl) : 30-36 (août 2002).
12. Bercovitch L., *Br J Dermatol* 116 (4) : 549-552 (avril 1987).
13. Stockfleth E. et coll., *Eur J Dermatol* 16 (6) : 599-606 (novembre-décembre 2006).
14. Ganjian S. et coll., *Dermatology Online Journal* 15 (5) : 4 (mai 2009).
15. Dummer R. et coll., *Br J Dermatol* 149 (Suppl 66) : 57-58 (novembre 2003).
16. Stockfleth E. et coll., *Arch Dermatol* 138 (11) : 1498-1502 (novembre 2002).
17. Swanson N. et coll., *J Am Acad Dermatol* 62(4) : 582-90 (avril 2010).
18. Hanke C.W. et coll., *J Am Acad Dermatol* 62(4) : 573-81 (avril 2010).
19. Silapunt S. et coll., *Semin Cutan Med Surg* 22 (3) : 162-170 (septembre 2003).



# Soins de la peau pour hommes

Mariusz J. A. Sapijaszko, MD, FRCPC, FAACS, FAAD

Division de dermatologie, Département de médecine, Université de l'Alberta, Alberta, Canada

## Introduction

Pendant longtemps, les soins de la peau semblaient être avant tout une affaire de femmes; mais récemment, un nombre croissant d'hommes s'efforce de maintenir une santé cutanée optimale, et de prévenir les changements non voulus qui surviennent à la suite du vieillissement intrinsèque et extrinsèque. Bien soigner sa peau nécessite une compréhension de base de ses fonctions et des différences liées au sexe ainsi que des particularités chez les individus. Bien que certains produits de soins cutanés puissent être utilisés avec efficacité tant par les hommes que par les femmes, on obtiendra de meilleurs résultats si l'on est conscient des attributs spécifiques liés au sexe et que l'on y conforme les aspects du schéma des soins cutanés et le choix des produits. Cet article se concentre sur les aspects uniques de la physiologie de la peau chez les hommes et met une emphase particulière sur le rasage et le traitement de la pseudofolliculite de la barbe.

## Survol des différences chez les hommes

La peau tient lieu d'interface entre les environnements externes et internes du corps. C'est le plus grand organe du corps et ses fonctions complexes comprennent la régulation de la température, la défense biochimique et immunitaire contre les microorganismes, le tamponnage et la protection des organes internes ainsi que la sensibilité (en rapport avec les interactions physiques et sociales). Entre autres facteurs, les influences hormonales exercent des différences sur la peau des hommes et des femmes. C'est pourquoi nous décrivons des caractéristiques cutanées spécifiques aux hommes. (Tableau 1)

**Les poils :** Ils ne servent pas à une fonction vitale mais leur importance dans l'image que l'on a de soi-même et dans les interactions sociales est considérable. Tous les follicules pileux se forment avant la naissance et réagissent plus tard aux influences hormonales.

- La distribution des poils et leurs caractéristiques varient selon les sexes et sont principalement déterminées par une combinaison de facteurs génétiques, culturels, interpersonnels et comportementaux.
- Au cours de l'adolescence, sous l'influence des hormones sexuelles (par exemple, la testostérone), le duvet sur les zones sensibles aux androgènes (le visage, le pubis et les aisselles) se transforme en follicules pileux matures.
- L'élévation des taux de testostérone chez les hommes, en plus de stimuler la croissance des poils, augmente aussi leur taille, le rythme de leur repousse et leur pigmentation. Ainsi,

les hommes ont plus de poils sur le visage que les femmes, et cet attribut est une des caractéristiques qui définit le plus les hommes<sup>1</sup>.

**Les glandes sébacées :** Les glandes sébacées sont liées aux follicules pileux sur tout le corps mais leur plus haute densité se retrouve sur le visage et le cuir chevelu. Les sécrétions grasses (sébum) en provenance des glandes sébacées ont, pense-t-on, une influence sur l'hydratation et la lubrification de la couche cornée et elles protègent aussi contre les microorganismes.

- Les glandes sébacées sont régulées par les androgènes, ce qui augmente leur taille et leur activité sécrétoire.
- Typiquement, les hommes produisent plus de sébum que les femmes et chez eux, l'acné grave et les séquelles potentielles consécutives aux cicatrices acnéiques sont plus répandues que chez les femmes<sup>1,2</sup>.

**L'épaisseur de la peau :** L'épaisseur de la peau reflète la composition de l'épiderme et du derme. Le collagène, la substance fondamentale, l'eau et les fibres élastiques contribuent à l'épaisseur de la peau.

- À tout âge, sur toutes les zones anatomiques, la peau masculine est plus épaisse que la peau féminine, mais elle peut commencer à s'amincir dès l'âge de 20 ans<sup>1-3</sup>.
- Au contraire, la peau féminine, bien que plus mince, maintient son épaisseur jusque dans la quatrième ou cinquième décennie.

### Condition/caractéristique Description des particularités propres aux hommes

Répartition des poils	Les poils du visage chez les hommes sont plus épais et poussent plus vite
Glandes sébacées	Les hommes sécrètent plus de sébum
Épaisseur de la peau	À tout âge, la peau des hommes est plus épaisse
Transpiration	Les hommes ont un débit de sueur plus élevé
Immunité	La testostérone tend à inhiber le système immunitaire, alors que l'œstrogène agit comme un stimulant
Guérison des plaies	À tout âge, les hommes ont des vitesses de guérison des plaies plus lentes
Cancer de la peau	Les hommes sont plus sujets au cancer de la peau

**Tableau 1 :** Attributs physiologiques des hommes en comparaison aux femmes

## Survol des différences chez les hommes (suite)

**La transpiration** : La sueur, un liquide inodore, est produite par les glandes exocrines et apocrines. Les glandes exocrines se retrouvent sur tout le corps, excepté sur les membranes muqueuses. Les glandes apocrines sont localisées dans les aisselles, les aréoles et le périnée.

- Les hommes ont un plus grand débit de sueur que les femmes<sup>1</sup>.
- Comparativement aux hommes, avant que les femmes transpirent, il leur faut des températures plus élevées.
- Des conditions constamment chaudes, particulièrement dans la zone sous les bras, favorisent la croissance bactérienne qui cause les odeurs corporelles. Chez les hommes, en particulier, une plus grande abondance de poils dans ces zones aide au contrôle de l'humidité. L'usage régulier d'antiperspirants ou de déodorants peut aussi aider à réduire et gérer la transpiration et/ou les odeurs.

**L'immunité** : Liée à des processus complexes, la testostérone inhibe généralement le système immunitaire tandis que l'oestrogène le stimule.

- Les hommes ont une plus grande prédisposition aux infections bactériennes et virales et ainsi leur guérison, à la suite d'infections internes, peut présenter plus de défis<sup>1-3</sup>.

**La guérison des plaies** : Les études animales indiquent que les fœtus de rats mâles connaissent de plus faibles taux de formation de la barrière épidermique si on les compare aux femelles. On a observé que des souris mâles castrées, chez qui l'influence des androgènes est moindre, avaient une meilleure guérison des blessures cutanées.

- À tout âge, les hommes semblent avoir une vitesse de guérison des plaies plus lente que les femmes<sup>1-3</sup>. Ils courent plus de risque d'avoir une mauvaise guérison des plaies, un phénomène particulièrement évident chez les personnes âgées.

**Le cancer de la peau** : Les hommes pourraient être plus susceptibles d'avoir le cancer de la peau. De façon plus précise, les carcinomes et les mélanomes sont plus couramment diagnostiqués chez les hommes<sup>1-3</sup>. De plus, comparativement aux femmes, à la suite d'un mélanome les hommes ont des taux de mortalité plus élevés.

- Ces différences peuvent s'expliquer par les aspects comportementaux de la vie des hommes ainsi que par les distinctions particulières au sexe de l'immunité.
- En ce sens, il faudrait souligner l'importance d'appliquer des stratégies pour une protection adéquate contre le soleil, et d'effectuer des bilans de santé annuels dans l'ensemble des populations des patients à risque.

## Le rasage

Les pratiques pour éliminer les poils du visage que les hommes et les femmes adoptent peuvent être très différentes. Les femmes préfèrent les rasoirs manuels, la cire, le filetage, l'électrolyse ou l'usage des épilatoires; par contre, les hommes favorisent l'usage des rasoirs manuels ou électriques pour gérer la croissance des poils du visage<sup>4</sup>. Le rituel du rasage est individualiste et a pour but d'atténuer l'inconfort qui en découle. Ainsi, le but des produits pour le rasage devrait être d'améliorer ce processus en augmentant la proximité du rasage tout en évitant de causer rougeur, sécheresse et poils incarnés. Le rasage optimal devrait être rapide, confortable (il minimise l'irritation, les coupures et les écorchures et le feu du rasoir), efficace (il obtient les résultats désirés et rétablit la douceur de la peau après le rasage avec des hydratants) et sécuritaire (il n'aggrave pas ou ne cause pas plus de problèmes de peau tels que rougeur, infection et poils incarnés).

Les éléments clés d'un rasage réussi comprennent :

1. **Le pré-rasage** : Cette étape est celle de la préparation des poils et de la peau pour le rasage. Il est important de débarrasser la peau de tous les polluants, de la saleté et des contaminants en la lavant à l'eau tiède et au savon. On applique ensuite un lubrifiant pour le rasage sous forme de crème ou de gel. Cette étape sert à humidifier la peau et les poils et à les rendre plus tendres et plus faciles à couper. Il est difficile de se raser à sec sans aggraver l'état de la peau et provoquer le feu du rasoir. Le temps nécessaire à une hydratation adéquate facilite la coupe des poils mais il ne faut pas exagérer car trop d'hydratation peut fragiliser la peau et la rendre plus vulnérable aux dégâts (par exemple, pas assez d'hydratation laissera les poils trop durs et trop d'hydratation laissera la peau trop tendre pour résister au contact de la lame). De plus, les lubrifiants pour le rasage aident à réduire la friction entre la peau et la lame du rasoir en permettant un glissement plus facile des coups du rasoir. La préparation au rasage ne devrait pas aggraver l'état de la peau ou avoir des effets indésirables tels que l'exacerbation de l'acné ou le déclenchement d'une réaction allergique. L'attrait pour un produit peut être renforcé par ses propriétés légèrement anesthésiantes (ce qui diminue la douleur et le feu du rasoir), son parfum et sa texture.
2. **Le rasage** : Les nombreuses différentes technologies de rasage avec lames comprennent les systèmes à lame unique et à lames multiples qui se diversifient encore plus selon qu'ils sont manuels ou électriques. La prémisse à la base de la conception des systèmes à lames multiples est qu'ils produisent un rasage plus doux avec moins de coups de rasoir. Moins de passages de lame améliore l'efficacité du rasage et provoque moins de traumatisme à la peau attendrie. Ces appareils devraient permettre le rasage du visage au complet ainsi que du cou, tout en étant suffisamment flexibles pour permettre d'atteindre les régions difficiles d'accès comme les crevasses du menton, les coins de la bouche et la région sous le nez. Les lames devraient rencontrer les normes de qualité étant donné que des imperfections sur le côté libre de la lame peuvent blesser la peau et faire des cicatrices. Les rasoirs jetables ou les cartouches de lames devraient être inspectés et remplacés régulièrement, selon la fréquence d'usage, pour minimiser le risque de coupure, d'irritation et d'infection.

## Le rasage (suite)

3. *L'après-rasage* : Une fois que le rasage est terminé, il est essentiel de redonner aux endroits frais rasés leur hydratation. Au cours du processus de rasage, la couche la plus externe de la peau peut être éliminée par la lame du rasoir, entraînant sécheresse et irritation. L'hydratation et la protection peuvent être rétablies grâce à l'usage de produits pour l'après-rasage non irritants et enrichis en émoullients qui ne laissent pas sur la peau un film gras.

## La pseudofolliculite de la barbe

La pseudofolliculite de la barbe (PFB) ou bosses du rasoir est une condition non infectieuse d'inflammation chronique courante qui afflige les hommes et les femmes; mais elle touche majoritairement les hommes qui ont des poils durs ou frisés et qui se rasent. La PFB est fréquemment le résultat de l'élimination habituelle des poils superflus. Les poils peuvent alors rentrer dans le derme ou l'épiderme avant qu'ils ne sortent de l'ouverture du follicule (pénétration trans-folliculaire) ou re-rentrer dans la peau adjacente à l'ouverture du follicule (pénétration extra-folliculaire)<sup>5,6</sup>. L'usage de techniques de rasage ou d'appareils qui tirent et étirent la peau, comme se raser à sec ou de très près (on tire et étire la peau pendant le rasage), peut favoriser la pénétration trans-folliculaire. Le rasage à sec laisse des poils aux extrémités plus pointues et au cours d'un rasage de très près, le poil se rétracte dans le follicule, ce qui permet les conditions nécessaires pour la pénétration du mur du follicule par le poil qui repousse. Une préparation avant le rasage adéquate, et l'usage après le rasage d'émoullients hydratants peuvent aider à l'entretien de la barrière cutanée et réduire l'incidence de la PFB.

Le traitement de la PFB doit être centré sur plusieurs aspects clés :

- *L'éducation* : Les patients ont besoin d'être bien informés des causes de la PFB en ce qui concerne l'élimination des poils superflus et les habitudes de rasage.
- *Le traitement* : Il est essentiel de minimiser la pénétration trans-folliculaire et la pénétration extra-folliculaire. Pour cela, il faut laisser pousser le poil de 0,5 à 1 mm en dehors de l'ouverture du follicule. Au début, il est conseillé de se laisser pousser une pleine barbe afin de diminuer l'inflammation aiguë présente pendant la phase active de la PFB. Ultérieurement, on peut se raser avec une pièce d'écartement qui protège jusqu'à 1 mm du poil sans le raser. Ensuite, l'usage d'épilatoires chimiques ou une épilation au laser peuvent être indiqués<sup>4,7</sup>.
- *Le but* : Insister pour faire comprendre aux patients que les bienfaits d'un style de vie équilibré et sain l'emportent sur la recherche de solutions à des imperfections physiques.
- *Le pronostique* : L'amélioration désirée ne sera atteinte qu'avec de la persévérance, et une insistance à éviter les facteurs aggravants. À la longue, les traumatismes cutanés répétitifs peuvent causer l'apparition de papules et de pustules qui peuvent se transformer en cicatrices chéloïdes qui ressemblent à des bosses dures et hyperpigmentées. L'obstination à conserver les mêmes habitudes de rasage ainsi que l'insatisfaction que leur donne leur apparence, peuvent conduire les patients à une forte détresse psychologique.

## Conclusion

Le programme de recommandation du label du Comité de révision en dermatologie™ (CRD) a pour but d'évaluer la qualité de l'évidence qui soutient les déclarations des produits de soins de la peau en vente libre. Les produits sont évalués par un groupe de dermatologues canadiens indépendants, et les demandes approuvées reçoivent la permission d'utiliser le label du CRD, son but étant de promouvoir l'éducation du consommateur et d'aider à déchiffrer la justesse des déclarations des produits.

De plus en plus de manufacturiers répondent à la demande croissante de produits et de services de soins cutanés pour hommes. Il est donc utile que les cliniciens soient conscients des propriétés uniques de la physiologie de la peau masculine, surtout quand leurs patients recherchent des conseils avant la mise en œuvre d'approches thérapeutiques ou cosmétiques. En particulier, la peau du visage diffère grandement entre les sexes. Dans la culture contemporaine, se raser est devenu un rituel courant, souvent nécessaire. S'ils gardent cela à l'esprit, les médecins qui ont acquis une compréhension de base des complexités de la peau des hommes seront bien placés pour encourager leurs patients à adopter les meilleures stratégies pour soigner leur apparence et se raser, sans pour autant infliger à leur peau des blessures qui pourront avoir pour complications une pseudofolliculite de la barbe, une allergénicité, une hyperpigmentation ou même des cicatrices permanentes.

## Références

1. Giacomoni P.U. et coll., *J Dermatol Sci* 55(3) : 144-9 (septembre 2009).
2. Tur E., *Dermatol Clin* 15(1) : 5-16 (janvier-février 1997).
3. Dao H. Jr. et coll., *Gen Med* 4(4) : 308-28 (décembre 2007).
4. Klein A.W. et coll., *Clin Dermatol* 6(3) : 68-70 (juillet-septembre 1988).
5. Halder R.M., *Dermatol Clin* 6(3) : 407-12 (juillet 1988).
6. Crutchfield III C.E., *Cutis* 61(6) : 351-6 (juin 1998).
7. Bridgeman-Shah S., *Dermatol Ther* 17(2) : 158-63 (2004).

ABONNEZ-VOUS GRATUITEMENT !

# Skin Therapy Letter<sup>®</sup>

Édition médecine familiale

Rédacteur en chef: Dr Stuart Maddin

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

**Pour plus d'information, les professionnels en médecine et les consommateurs canadiens peuvent avoir accès à tous nos sites à [www.skincareguide.ca](http://www.skincareguide.ca) ou visiter directement :**

*Sites pour les patients :*

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

*Sites pour les professionnels en médecine :*

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

*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*

*Aldara<sup>®</sup>, Atopiclair<sup>®</sup>, Benzig<sup>®</sup>, et MetroGel-Vaginal<sup>®</sup>*

*Johnson & Johnson Inc.*

*Aveeno<sup>®</sup>, Neutrogena<sup>®</sup>, Retin-A<sup>®</sup>,*

*Retin-A Micro<sup>®</sup> tretinoïn gel (microsphere), 0.04%,*

*Retin-A Micro<sup>®</sup> tretinoïn gel (microsphere), 0.1%, et Roc<sup>®</sup>*

*LEO Pharma Inc.*

*Dovobet<sup>®</sup>, Dovonex<sup>®</sup>, Fucidin<sup>®</sup>, et Xamiol<sup>®</sup>*

*Procter & Gamble*

*Gillette<sup>®</sup>, Head & Shoulders<sup>®</sup>, Olay<sup>®</sup>, Secret<sup>®</sup>, et Tide<sup>®</sup>*

*Tribute Pharma Canada Inc.*

*Soriatane<sup>®</sup>*

*Valeant Canada Limited*

*Dermatix<sup>™</sup> Ultra, Efudex<sup>®</sup>, Glyquin<sup>®</sup> XM, et Ultravate<sup>®</sup>*

Skin Therapy Letter<sup>®</sup> - Édition médecine familiale (ISSN 1915-4550) © 2010 par SkinCareGuide.com Ltd. Skin Therapy Letter<sup>®</sup> - Édition médecine familiale 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 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 fabricant.