

Skin Therapy Letter[®]

Volume 7 • Numéro 1 • Février 2011

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 27 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

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

Anil Kurian, MN¹ et Benjamin Barankin, MD, FRCPC²¹ Université McMaster, Hamilton, Ontario, Canada² Toronto Dermatology Center, Toronto, Ontario, Canada**Introduction**

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

Survol de l'eczéma

L'eczéma est une maladie de la peau chronique, prurigineuse et inflammatoire dont la gravité varie énormément; c'est en général la première manifestation de la maladie atopique. L'eczéma est un problème important de santé publique mondial qui se manifeste couramment chez les bébés et les jeunes enfants mais qui peut aussi persister ou débiter chez les adultes (la prévalence chez les enfants est de 10 à 30% et de 1 à 3% chez les adultes¹). Au cours des 30 dernières années sa prévalence a doublé et même triplé dans les zones urbaines et les pays industrialisés, mais elle demeure beaucoup plus faible dans les régions rurales et moins industrialisées².

- Les causes de l'eczéma ne sont pas complètement comprises, mais le dérèglement de la barrière cutanée, probablement dû à des facteurs à la fois génétiques et environnementaux, ainsi que des dysrégulations du système immunitaire constituent une partie importante de sa pathophysiologie³.
- L'eczéma aigu se présente sous forme de plaques érythémateuses, de papules, de placards et d'excoriations secondaires au grattage; il peut aussi y avoir des suintements d'exsudats séreux. Les lésions chroniques ont les mêmes caractéristiques mais en plus elles présentent une lichénification, des crevasses et une alopecie occasionnelle⁴.
- L'eczéma infantile touche principalement les faces d'extension des bras et des jambes, le visage et le tronc qui sont faciles d'accès pour se gratter. Les bébés présentent couramment des squames, des exsudats et des crevasses.
- Chez les adultes, les plis de flexion, le visage et le cou, les poignets et la partie dorsale des mains et des pieds sont les zones les plus fréquemment touchées.

Justification du traitement

Le but principal de la gestion de la maladie est de réduire la fréquence et la gravité des poussées et de prolonger les périodes de rémission. Une gestion complète à long terme doit traiter à la fois la dysfonction de la barrière cutanée et la dysrégulation du système immunitaire de la peau, mais elle doit aussi comprendre l'éducation du patient et du soignant, la prévention des poussées en évitant les facteurs déclenchants, l'hydratation, ainsi que des thérapies pharmacologiques et non pharmacologiques³.

- Les stratégies non pharmacologiques propres au patient doivent inclure l'élimination des allergènes (aliments, phanères animaux, pollen), l'identification des facteurs déclencheurs (stress, faible taux d'humidité) et une alimentation équilibrée⁵.

AUSSI DANS CE NUMÉRO : Analyse des thérapies systémiques conventionnelles du psoriasis sévère (page 4) &

Analyse des options de gestion des infections génitales herpétiques (page 7)

- De courts bains (ou douches) tièdes peuvent favoriser l'hydratation de la peau. Utiliser une serviette moelleuse pour se sécher. Ne pas se frotter, et appliquer une crème hydratante dans les trois minutes qui suivent l'ablution.
- Tout particulièrement au cours de l'enfance, un apport supérieur de vitamine A peut diminuer l'incidence de l'eczéma chez les enfants qui ont une histoire familiale positive d'atopie. La prise de *Lactobacillus* au cours de la grossesse et pendant l'allaitement peut retarder le début de l'eczéma chez les bébés et les enfants⁵.
- La thérapie pharmacologique comprend l'usage d'émollients, les corticostéroïdes topiques et les inhibiteurs de la calcineurine topiques.
- Pour l'automédication de l'eczéma léger, il existe des émoullients et des corticostéroïdes topiques en vente libre comme l'hydrocortisone à 0,5 % (formule à dose faible) et le clobétasone à 0,05 % (formule à dose intermédiaire).
- Les médecins peuvent souligner que les buts de l'automédication sont de mettre fin au cycle des démangeaisons et du grattage, de maintenir l'hydratation de la peau, d'éviter ou de réduire au minimum les facteurs qui peuvent déclencher ou aggraver l'eczéma.
- La crème hydratante idéale est celle qui remplit quatre fonctions⁶ :
 1. elle répare la barrière cutanée;
 2. elle maintient l'intégrité et l'apparence de la peau;
 3. elle diminue la perte d'eau transépidermale;
 4. elle restaure la capacité de la barrière lipidique d'attirer, retenir et redistribuer l'eau.
- Si les traitements offerts en vente libre ne produisent pas un soulagement adéquat, si des lésions eczémateuses semblent infectées ou si le sommeil du patient est souvent perturbé par du prurit, il est de mise que les parents ou les soignants consultent un médecin⁵.

Formulations disponibles de crèmes hydratantes thérapeutiques

Les crèmes hydratantes à base de céramides

- Des découvertes biochimiques récentes indiquent que ce sont des désordres dans les structures du compartiment des lipides de l'épiderme (particulièrement des céramides) qui expliquent les déficiences de la fonction barrière de la peau sèche atopique⁷.
- Pour une fonction barrière optimale, il faut la présence de lipides extracellulaires en quantité suffisante pour constituer un système bicouche lamellaire compétent de la couche cornée⁷.
- Les céramides, qui consistent en différentes sous fractions de lipides, représentent l'un des principaux constituants lipidiques des lipides extracellulaires, et ils sont importants fonctionnellement pour la stabilité du système bicouche multilamellaire.
- Des études ont révélé qu'il y a baisse des céramides chez toute la population atopique, mais plus particulièrement chez ces individus qui sont dans la phase active de la maladie⁸.
- Une diminution des céramides a été inversement mise en corrélation avec la perte d'eau transépidermique qui peut entraîner la peau sèche chronique.
- L'administration de céramides topiques corrige la carence en céramides et améliore l'état général de la peau⁶.
- Leurs bienfaits résultent d'un usage prophylactique et régulier, ce qui pourrait diminuer le besoin des corticostéroïdes topiques et des inhibiteurs de la calcineurine topiques, et même atténuer les effets indésirables de ces médicaments.
- Les crèmes hydratantes à base de céramides en vente libre comprennent la crème Impruv[®] et la lotion Cetaphil Restoradem[™]. Les crèmes CeraVe[®] et Triceram[®] ne sont

présentement disponibles qu'aux États-Unis. Cependant, CeraVe[®] doit être bientôt lancé au Canada.

Crèmes hydratantes à base de céramides disponibles sur ordonnance

- Elles comportent un pourcentage plus élevé (comparées aux marques en vente libre) d'une association de céramides, cholestérol et acides gras qui imitent ceux qui se trouvent naturellement dans la peau⁹.
- EpiCeram[®] a été approuvé par Santé Canada en septembre 2009 en tant que dispositif de classe II pour être utilisé comme une émulsion non stéroïdienne de la barrière lipidique afin de contrôler les symptômes de brûlures et de démangeaisons qui accompagnent les problèmes de peau sèche tel que l'eczéma.
 - Dans une étude clinique sur 113 enfants souffrant de dermatite atopique modérée à sévère, une efficacité similaire à celle d'un corticostéroïde à puissance modérée a été démontrée⁹.
 - Cette émulsion à multiples lipides a un profil d'innocuité favorable et ne semble pas présenter d'importantes restrictions à son usage par rapport à la durée du traitement ou l'âge du patient.
- Les formulations à climat céramide comprennent la crème Epiceram[®] (disponible au Canada et aux États-Unis) ainsi que Atopiclair[®] et Mimyx[®] (disponibles aux États-Unis seulement).

Crèmes hydratantes avec urée sans hydrocortisone

- Les crèmes hydratantes à base d'urée sont des formulations en vente libre qui sont indiquées pour la peau sèche (xérose) avec ou sans prurit.
- L'urée agit en augmentant la capacité de fixation de l'eau de la couche cornée et il a été démontré qu'un traitement à long terme avec l'urée diminue la perte d'eau transépidermique¹⁰.
- L'application de ces crèmes hydratantes doit se faire immédiatement après le bain sur une peau encore humide.
- Les effets thérapeutiques à court terme des crèmes hydratantes à base d'urée sont visibles chez les patients ayant une peau sèche et de l'eczéma même après une seule semaine d'applications quotidiennes¹¹.
- Il a aussi été démontré que l'application à long terme d'urée amoindrit la susceptibilité à la peau sèche que cause le laurylsulfate de sodium, un surfactant couramment utilisé dans de nombreux savons, shampoings, détergents et dentifrices.
- L'effet protecteur (à la suite d'un usage prolongé) des crèmes hydratantes à base d'urée a des ramifications cliniques prometteuses telle qu'une diminution de la dermatite de contact suite à un stimulus irritant¹⁰.
- Des formulations à base d'urée en concentrations plus fortes provoquent une activité kératolytique (adoucissement/desquamation) plus importante qui peut augmenter l'irritation cutanée. Pour le visage et le corps, on utilise généralement une concentration moins puissante, et pour les zones où la peau est plus épaisse (comme les pieds), on peut appliquer des concentrations plus puissantes.
- Les crèmes hydratantes à base d'urée en vente libre sont : Uremol[®] 10 (10 % d'urée, disponible en crème et en lotion); Uremol[®] 20 (20 % d'urée, disponible en formule crème); Eucerin[®] en lotion (10 % d'urée) et en crèmes (5 % et 10 % d'urée) et Urisec[™] en lotion (12 % d'urée) et en crèmes (10 %, 22 % et 40 % d'urée).
- La crème à l'urée à 40% est un kératolytique puissant qui ne convient pas comme crème hydratante d'usage régulier.

Crèmes hydratantes à base d'urée avec hydrocortisone

- Les crèmes hydratantes à base d'urée avec hydrocortisone sont des formulations concentrées délivrées sur ordonnance seulement, et elles sont efficaces pour la xérose avec inflammation et eczéma léger⁴.

- Les corticostéroïdes sont utilisés avec succès pour le contrôle de l'inflammation cutanée active dans l'eczéma. Les corticostéroïdes topiques à la dose efficace la plus faible sont toujours préférés pour le traitement local des lésions.
- L'efficacité de l'association d'un émollient avec un corticostéroïde a été démontrée. Une étude prospective a trouvé que l'ajout de 10% d'urée à une crème avec stéroïde de préparation commerciale donnait de meilleurs résultats dans le traitement de l'eczéma atopique sub-aigu qu'une crème avec corticostéroïde seul¹².
- Les effets secondaires des stéroïdes topiques sont en relation directe avec la puissance du composé et la durée de son usage.
- Les risques potentiels d'un usage à long terme des stéroïdes topiques comprennent des infections fongiques, l'impétigo, des verrues virales et l'herpès simplex. Cependant, l'arrêt de l'usage des corticostéroïdes peut provoquer un rebond des symptômes.
- Il a été démontré que la crème à 1% d'hydrocortisone à puissance faible est sécuritaire pour un usage cutané.
- Les crèmes hydratantes à base d'urée vendues uniquement sur présentation d'ordonnance qui contiennent 10 % d'urée avec 1 % d'hydrocortisone sont disponibles en lotion et en crème (Uremol®HC).

Gestion de la peau diabétique

- La xérose des pieds est un problème cutané courant dont l'incidence augmente avec l'âge, l'exposition aux conditions sèches hivernales et les changements physiologiques qui affectent l'apport sanguin dans les extrémités inférieures (diabète).
- Les personnes diabétiques ont une haute incidence de xérose des pieds, particulièrement aux talons.
- Voulant évaluer les indicateurs des lésions aux pieds chez les patients diabétiques, une étude a trouvé que 82,1 % de cette cohorte souffraient de sécheresse, de gerçures ou de crevasses¹¹. Une étude non publiée sur 105 patients consécutifs ayant le diabète, conduite par un des auteurs, a révélé que 75 % avaient les manifestations cliniques de la peau sèche.
- La peau sèche mène souvent à des gerçures et des crevasses qui peuvent servir de porte d'entrée pour les bactéries. Ces gerçures et crevasses sont associées avec un risque accru de cellulite et d'ulcération aux pieds qui, si elles ne sont pas enrayerées, pourront mener éventuellement à l'amputation.
- La xérose des pieds chez les individus diabétiques peut être contrôlée par un usage discipliné de crèmes hydratantes¹¹.
- Les pourvoyeurs de soins de santé devraient inspecter de façon routinière les pieds des patients diabétiques et encourager l'hydratation quotidienne.

- On a trouvé que l'urée est un puissant humidifiant (en diminuant la perte d'eau transépidermique) et un agent détartrant.
- Les études sur des patients diabétiques ont révélé que l'urée est sécuritaire et efficace dans le contrôle de la xérose des pieds et qu'elle a démontré des effets plus durables que d'autres crèmes émollientes¹¹.
- La crème à base d'urée agit comme un kératolytique et elle aide au traitement des cors et des durillons aux pieds¹³. Cela peut être fonctionnellement important car ces papules hyperkératosiques peuvent être désagréables et même douloureuses et ainsi restreindre l'activité physique des individus qui en sont affligés.

Conclusion

L'eczéma est un problème chronique et récurrent, et il est ainsi impératif de maintenir l'hydratation et la fonction barrière de la peau chez ces patients grâce à une hydratation quotidienne. On a démontré que les crèmes hydratantes à base de céramides et d'urée sont efficaces pour diminuer la perte d'eau transépidermale et maintenir l'hydratation de la couche cornée de l'épiderme, et elles devraient alors être la pierre angulaire du traitement des patients qui ont une peau sèche et de l'eczéma. Le manquement à une hydratation adéquate de la peau peut conduire à une poussée des symptômes ou une augmentation des infections. Par contre, l'observance d'un programme d'utilisation régulier de crèmes hydratantes produit l'amélioration de la qualité de vie pour le patient (moins de prurit, meilleure structuration du sommeil, moins de dépression) et une diminution de la gravité et de la fréquence des poussées d'eczéma¹⁴.

Références

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



Skin Therapy Letter® : application iPad

L'application vous donne accès immédiat à tous les articles indexés publiés jusqu'à ce jour. Une fonctionnalité de recherche puissante et des outils de navigation intuitive permettent à l'utilisateur de trouver rapidement les informations appropriées. Cette application est mise à jour automatiquement pour toujours inclure les articles les plus récents.



Le contenu et les instructions sont disponibles à :

<http://www.skintherapyletter.com/ipad/about.html>
<http://www.skintherapyletter.com/ipad/support.html>

Analyse des thérapies systémiques conventionnelles du psoriasis sévère

D. Richard Thomas, MD, FRCPC

Département de dermatologie et de science cutanée, Université de la Colombie-Britannique,
Vancouver, Colombie-Britannique, Canada

Introduction

Le psoriasis est une maladie cutanée inflammatoire chronique qui peut affecter considérablement la qualité de vie du patient. Bien que sa pathogenèse exacte reste à élucider, on considère que des anomalies immunitaires présentant une augmentation des médiateurs immuns, sont probablement les principaux facteurs favorisants. La majorité des patients ont une maladie légère que l'on peut gérer correctement avec une thérapie topique. Cependant, un sous-groupe de la population psoriasique ayant une forme sévère de la maladie nécessite une photothérapie et/ou un traitement systémique. Étant donné son évolution chronique et récalcitrante, pour une gestion réussie à long terme, il est souvent nécessaire d'adopter une approche d'association qui inclut des interventions topiques, systémiques et non médicamenteuses.

Parmi les agents systémiques conventionnels, l'acitrétine, la cyclosporine et le méthotrexate sont les plus couramment employés. À l'aire nouvelle des thérapies biologiques, ces agents demeurent en tant qu'options importantes pour le psoriasis sévère. De récentes études ont aussi fourni un nouveau regard sur l'efficacité et l'innocuité de ces médicaments lorsqu'ils sont utilisés en association avec les produits biologiques. Une analyse de ces agents antipsoriasiques systémiques conventionnels sera donnée ici.

Comme les médecins de famille se retrouvent fréquemment en première ligne des soins aux patients et jouent un rôle déterminant dans la gestion des comorbidités associées au psoriasis, il leur est nécessaire d'être au courant d'approches plus agressives. Cependant comme le traitement systémique comporte un plus haut risque d'effets indésirables, il est préférable que les cas modérés à sévères soient cogérés avec des dermatologues, ceux-ci étant plus familiers avec l'usage de ces agents.

Survol de la maladie

- Le psoriasis est une maladie multiviscérale courante qui affecte la peau et peut toucher les articulations.
- Une dysrégulation immunitaire des cellules T produit une suractivité qui déclenche une réponse inflammatoire qui mène à la production accélérée des cellules épidermiques.
- L'accumulation de l'épiderme fabrique des plaques rouges, squameuses et nettement délimitées, de grandeur variable.
- Le psoriasis peut toucher n'importe quelle partie du corps incluant le cuir chevelu, les coudes, les genoux, le bas du dos et les ongles. Le visage reste généralement indemne.
- Les lésions chroniques, particulièrement sur les mains et les pieds, peuvent entraîner une sécheresse persistante, une hyperkératose (épaississement de l'autre couche cutanée), des démangeaisons, des fissures et une infection.

Prévalence

- Des facteurs génétiques augmentent la susceptibilité à la maladie.
- Elle affecte 2 à 3 % de la population générale¹.
- Jusqu'à 35 % des gens qui font du psoriasis ont une maladie modérée à sévère².
- Elle peut éventuellement progresser vers les articulations (arthrite). Jusqu'à 30 % des Canadiens qui font du psoriasis développent une arthrite psoriasique³.

Variantes du psoriasis⁴

- En plaques – le psoriasis en plaques chronique est présentement la variante la plus courante. Elle affecte plus de 80 % de la population psoriasique⁵.
- En gouttes – de multiples petites (5 à 15 mm) lésions rouges rondes ou ovales, et en forme de goutte. Les lésions apparaissent soudainement et, de façon typique, recouvrent le tronc, les bras, les jambes, le visage et le cuir chevelu. Ce psoriasis est souvent associé à une infection streptococcique.
- Inverse – ce psoriasis localisé aux plis du corps survient dans les aisselles, l'aîne et le dessous des seins. Les lésions se caractérisent par des taches lisses, bien délimitées et rouges, mais les squames sont minimales ou absentes.
- Pustuleux – une forme rare qui peut être localisée aux paumes des mains et à la plante des pieds ou qui peut devenir généralisée. La présence de pustules visibles n'est pas un signe d'infection.
- Érythrodermique – une forme très rare dans laquelle la presque totalité de la peau est affectée par de l'inflammation, de la rougeur et des squames. Cette variante peut être fatale car elle se présente avec des complications.

Évaluation de la gravité

- Le PASI (Index de surface et de sévérité du psoriasis) est largement utilisé dans les études cliniques.
- Une méthode courante pour évaluer la gravité du psoriasis se base sur le pourcentage de la surface corporelle affectée. Par exemple, une lésion de la grandeur de la main représente 1 % de la surface corporelle⁴.
 - Un psoriasis léger touche < 3 % de la surface corporelle.
 - Un psoriasis modéré touche de 3 à 10 % de la surface corporelle.
 - Un psoriasis sévère touche > 10 % de la surface corporelle.

- L'appréciation de l'impact social, émotionnel et fonctionnel du psoriasis sur les patients est cruciale.
- Le questionnaire de l'Indice dermatologique de la qualité de vie (DLQI) est couramment utilisé pour évaluer la perception que le patient a des effets que la maladie a sur lui.
- En se servant d'un plan d'étude par questionnaire, les investigateurs ont évalué l'étendue de la comorbidité psychosociale et de la gêne fonctionnelle chez 43 patients psoriasiques⁶.
 - 48 % des patients souffrant de psoriasis ont déclaré des impacts négatifs sur leurs activités sociales menant à une efficacité au travail moindre chez 51% et à de la détresse au travail chez 63 %⁶.
 - 70 % ont rapporté du stress dans leur environnement familial et dans leurs relations interpersonnelles⁶.

Comorbidités

- Le psoriasis peut grandement affecter la qualité de vie du patient. Il peut y avoir perte de la productivité, de la dépression et une incidence accrue des tumeurs malignes⁷.
- Parmi les comorbidités associées au psoriasis, il y a la maladie cardiovasculaire et le syndrome métabolique qui peuvent être liés à l'inflammation sous-jacente chronique.
- Les patients psoriasiques ont manifesté une prévalence accrue d'obésité, de dyslipidémie et de résistance à l'insuline.

Logique du traitement

L'élaboration d'une stratégie efficace du traitement va dépendre de plusieurs facteurs dont les résultats des investigations diagnostiques, l'étendue et la gravité du psoriasis, l'histoire du traitement, l'âge et les préférences du patient. Outre l'obtention d'améliorations visibles, l'approche thérapeutique choisie doit aussi minimiser la détérioration de la qualité de vie liée à l'inconfort, l'invalidité, une timidité exacerbée, choses qui peuvent provoquer des comportements sociaux d'évitement. Par conséquent, afin de contrôler la chronicité et la sévérité de la maladie, il est crucial d'obtenir un diagnostic précoce et des soins médicaux et d'appoint continus.

Les thérapies biologiques constituent la plus nouvelle catégorie d'agents antipsoriasiques. Leur introduction a révolutionné le traitement du psoriasis modéré à sévère mais il reste à établir leur innocuité à long terme, et leur coût élevé peut demeurer prohibitif. Les agents systémiques traditionnels, l'acitrétine, la cyclosporine et le méthotrexate continuent à avoir leur place dans la gestion du psoriasis sévère, et de nouveaux usages en association sont apparus.

L'acitrétine

L'acitrétine est un rétinoïde aromatique de la deuxième génération (un dérivé de la vitamine A). On prescrit l'acitrétine aux hommes principalement, et aussi aux femmes ménopausées. Les femmes en période préménopausique sont généralement exclues en tant que candidates pour ce traitement à cause de son potentiel tératogène. Le mécanisme d'action de l'acitrétine comprend l'inhibition de la réplication cellulaire par le biais du contrôle de la différenciation des cellules épidermiques. Elle diminue l'inflammation et influence le taux de croissance des cellules cutanées.

Avantages et résultats favorables

- Administration pratique d'une dose orale une fois par jour.
- Très utile comme appoint thérapeutique à la photothérapie.
- L'acitrétine pourrait être l'agent systémique oral le plus sûr pour le psoriasis, outre son risque tératogène qui persiste 2 à 3 ans après l'arrêt du traitement⁸.
- Hautement efficace dans le traitement du psoriasis pustuleux (y compris le psoriasis palmoplantaire) ou les formes

érythrodermiques du psoriasis; moins efficace en monothérapie pour le psoriasis en plaques.

- L'acitrétine, généralement, ne cause pas d'atteintes aux organes, ceci étant un effet indésirable des autres médicaments (tels que le méthotrexate et la cyclosporine). Elle peut donc être utilisée pour une thérapie d'entretien à long terme.
- Contrairement aux autres thérapies systémiques pour le psoriasis, elle ne freine pas le système immunitaire.
- Relativement sécuritaire pour un traitement à long terme.
- L'acitrétine devrait être considérée comme une option thérapeutique pour les patients psoriasiques ayant une histoire de mélanome.

Risques et effets indésirables

- Le déclenchement d'une réponse survient en général après deux à quatre mois.
- Un traitement d'association avec la photothérapie ou des agents biologiques est supérieur à une monothérapie.
- Les effets indésirables comprennent la sécheresse et l'irritation de la peau, des lèvres, des yeux, du nez et des membranes muqueuses. L'usage fréquent d'une crème hydratante est essentiel pour aider à diminuer l'irritation.
- Parmi les autres effets indésirables, on peut nommer l'élévation des taux du cholestérol et des triglycérides, la toxicité hépatique, des modifications osseuses et l'alopécie.
- Les rétinoïdes pouvant entraîner des malformations congénitales, la patiente doit adopter une méthode acceptable de contraception. Il faut que son médecin en parle avec elle. À cause d'une bioélimination relativement longue, même après l'arrêt du traitement, les femmes doivent continuer à éviter toute grossesse pendant les 2 à 3 années qui suivent.
- La question principale de l'observance est de diminuer les effets indésirables grâce à l'inclusion d'agents topiques et de la photothérapie.
- Le médicament ayant des effets asséchants, un dosage plus faible au début de la thérapie peut alléger leur intensité.

Cyclosporine

La cyclosporine est un immunosuppresseur qui est aussi fréquemment utilisé dans les greffes d'organe. Bien qu'elle soit un agent antipsoriasique très efficace, la cyclosporine est généralement réservée aux patients avec un psoriasis grave, débilitant ou récalcitrant (on en parle comme d'un médicament de crise), et cela à cause de son coût et de ses effets indésirables potentiellement sévères. La cyclosporine permet un contrôle rapide de la maladie dans les cas graves par la suppression du système immunitaire du corps et le ralentissement de la production rapide des cellules cutanées.

Avantages et résultats favorables

- Le traitement est administré oralement une à deux fois par jour.
- Le déclenchement d'une réponse est rapide (4 à 8 semaines). On obtient souvent une amélioration en dedans des quatre premières semaines.
- Hautement efficace dans le psoriasis sévère et particulièrement utile pour le traitement des poussées aiguës.
- Elle peut être utilisée de façon intermittente en cures de courte durée ou associée à d'autres thérapies topiques ou systémiques.
- Dans le but de diminuer sa toxicité, on prescrit de multiples cures de courte durée.

Risques et effets indésirables

- L'usage prolongé débouche sur des atteintes rénales quoique les lésions soient souvent réversibles avec l'arrêt du traitement.
- La durée totale du traitement ne devrait pas dépasser 1 à 2 ans pour éviter de graves effets systémiques indésirables.

- Des évaluations régulières à l'aide de tests sanguins et d'urine, et la surveillance de la pression sanguine sont exigées tout au long du traitement.
- Les poussées rebonds sont courantes si la posologie est réduite peu à peu ou quand le médicament est arrêté.
- Les effets indésirables comprennent les symptômes du syndrome pseudo-grippal, les nausées, la diarrhée, la pousse des poils, l'hypertension artérielle, les engourdissements et les fourmillements, et l'atteinte rénale.
- Comme la cyclosporine freine le système immunitaire du corps, il y a un risque accru d'infections et de certains cancers tels que le cancer de la peau et les lymphomes; mais les incidences rapportées englobent généralement son usage dans les greffes d'organe qui nécessitent une administration à long terme du médicament en doses plus élevées.
- La cyclosporine ne peut pas être utilisée en même temps que le psoralène + UVA (PUVA) ou la photothérapie aux UVB, le méthotrexate ou d'autres agents immunosuppresseurs, le goudron ou la radiothérapie.
- La cyclosporine étant un agent immunosuppresseur qui augmente le risque de cancer, les patients traités avec la cyclosporine devraient être conseillés de prendre des précautions pour se protéger du soleil comme l'application quotidienne d'un écran solaire à spectre large et le port de vêtements à manches longues et de chapeaux.

Méthotrexate

Le méthotrexate est un médicament antimétabolite que l'on utilise depuis les années 1950. Il continue à être le médicament le plus largement prescrit pour le traitement du psoriasis sévère. Le méthotrexate est efficace contre les maladies qui sont touchées par une croissance cellulaire anormalement rapide comme le psoriasis, l'arthrite rhumatoïde et le cancer. Il aide à contrôler le psoriasis en diminuant les réponses immunes et en ralentissant la destruction des jointures. On prescrit généralement le méthotrexate une fois que les autres médicaments n'ont pas donné de résultats concluants.

- Le mécanisme d'action est l'interférence avec la réparation de la synthèse de l'ADN et la reproduction cellulaire.
- Les agents antifoliques, tel le méthotrexate, altèrent la fonction de l'acide folique (une vitamine B) qui est essentielle pour l'activité cellulaire.
- Le méthotrexate est habituellement administré oralement, une fois par semaine, dans des doses qui varient de 2,5 à 25 mg, ou occasionnellement par injection.
- Il peut être administré en dose unique, ou en dose fractionnée à 12 heures d'intervalle pour trois doses.

Avantages et résultats favorables

- Efficacité raisonnable, administration de dose pratique, et relativement peu cher.
- Les améliorations se font remarquer après 6 à 8 semaines de thérapie.
- Le méthotrexate, comparativement aux autres agents telle que la cyclosporine, peut être utilisé sur de plus longues périodes de temps, mais les patients doivent être surveillés régulièrement à cause des effets secondaires potentiellement graves.
- Le méthotrexate peut aussi stimuler l'effet de la photothérapie UVB.

Risques et effets indésirables

- Les effets indésirables comprennent : les maux de tête, l'irritation cutanée (démangeaisons et éruption cutanée), la perte des cheveux, les ulcères de la bouche, un estomac dérangé, les nausées, un taux de globules blancs faible et la fatigue.

- L'usage à long terme du méthotrexate peut causer de graves atteintes hépatiques. L'atteinte peut ne pas être dépistée par les tests de routine qui évaluent la fonction hépatique. Il faut donc effectuer une biopsie du foie chaque année et demie à deux ans pendant toute la durée du traitement.
- Les risques à long terme comprennent : les malformations congénitales, les lésions rénales, la toxicité de la moelle osseuse et la suppression de la moelle osseuse (elle est rare mais elle peut être potentiellement mortelle).
- De nombreux médicaments (par exemple : les médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens) peuvent avoir des interférences thérapeutiques défavorables avec le méthotrexate.
- Le méthotrexate peut causer des malformations congénitales et des fausses couches. Il faut donc que les femmes qui prennent ce médicament utilisent une méthode de contraception sûre.
- Pour limiter le risque de lésions hépatiques, il faut recommander aux patients de ne pas consommer d'alcool pendant la thérapie.

Photothérapie

- Pour un psoriasis généralisé, la photothérapie UVB offre une option efficace qui permet à la fois le contrôle rapide de la maladie et un traitement d'entretien à long terme⁸.
- Les UVB à spectre étroit peuvent être plus efficaces que ceux à spectre large.
- L'usage de faibles doses d'acitrétine stimule les avantages thérapeutiques des UVB et de la PUVA.
- Le méthotrexate peut aussi améliorer l'effet des UVB.
- La photothérapie en association avec l'acitrétine non seulement améliore son efficacité mais elle diminue aussi les effets indésirables à long terme et le nombre de traitements requis.
- Pour les patients qui ne répondent pas à la photothérapie ou qui trouvent que le schéma des traitements est trop exigeant, le méthotrexate peut constituer une alternative efficace.

Conclusion

La gestion continue efficace des patients souffrant d'un psoriasis sévère exige une connaissance des thérapies disponibles et cela inclut leur mécanisme d'action, leur toxicité potentielle et une surveillance appropriée. Les buts du traitement consistent en des méthodes thérapeutiques d'association, en rotation et en séquence qui visent à améliorer leur efficacité globale tout en diminuant la toxicité des médicaments choisis. Offrir à un patient des soins optimaux exige aussi une éducation soutenue et de l'aide. Il faut également aborder ses inquiétudes quant à la qualité de vie. Il est important d'encourager les patients à s'impliquer dans le processus de décision thérapeutique et de signaler le moindre effet indésirable qu'ils ressentent. De cette façon, les symptômes peuvent être atténués grâce aux adaptations de la posologie, l'ajout d'autres traitements ou même la suspension temporaire de la thérapie.

Références

1. Griffiths C.E. et coll., *Lancet* 370 (9583) : 263-271 (21 juillet 2007).
2. Thomas V.D. et coll., *J Am Acad Dermatol* 53 (2) : 346-351 (août 2005).
3. La Société de l'arthrite. Arthrite psoriasique. Disponible à : <http://www.arthritis.ca/types%20of%20arthritis/psoriatic%20arthritis/default.asp?s=1> Accédé le 21 décembre 2010.
4. National Psoriasis Foundation. Facts about psoriasis. Disponible à : <http://www.psoriasis.org/NetCommunity/Document.Doc?id=352>. Accédé le 21 décembre 2010.
5. Gaikwad R. et coll., *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 72 (1) : 37-40 (janvier-février 2006).
6. Pathirana D. et coll., *J Eur Acad Dermatol Venereol* 23 (Suppl 2) : 1-70 (octobre 2009).
7. Gottlieb A.B. et coll., *J Dermatolog Treat* 19 (1) : 5-21 (2008).
8. Feldman S., *Dermatol Online J* 6 (1) : 4 (septembre 2000).

Analyse des options de gestion des infections génitales herpétiques

Meredith Davidson, MSc, BSc, BPHE¹ et Melinda Gooderham, MD, FRCPC²

¹Queen's University, Kingston, Ontario, Canada

²Skin Centre for Dermatology and Skin Laser Clinic, Peterborough, Ontario, Canada

Introduction

L'herpès génital est une infection transmise sexuellement courante causée par l'herpès simplex virus (HSV). Le HSV de type 2 (HSV-2) cause environ 60 % des infections primaires au Canada¹. Cependant, la souche de type 1 est responsable de la majorité des cas d'herpès oral et il peut entraîner un tableau clinique similaire. On estime qu'entre 20 % à 40 % des Canadiens sont HSV-2 séropositifs, mais les études démontrent de manière conséquente que la grande majorité ignore son état de maladie¹. Bien qu'il existe des traitements, présentement il n'y a pas de guérison pour l'herpès génital, et l'infection durera toute la vie. En conséquence, les patients devraient être informés des signes cliniques et des symptômes de l'herpès génital, ce qui pourrait les aider à reconnaître l'infection symptomatique et à chercher immédiatement un traitement, ce qui contribuera à une meilleure gestion et une plus grande efficacité thérapeutique.

Survol rapide de la maladie

- La transmission de l'herpès génital survient quand il y a contact direct avec les sécrétions ou la peau d'une personne qui a une excrétion active du virus.
- L'évolution clinique de l'herpès génital varie grandement d'un patient à un autre; 75 % des personnes infectées sont asymptomatiques¹.
- Le test avec amplification en chaîne par polymérase a démontré que l'excrétion virale se produit pendant jusqu'à 40 % des journées asymptomatiques².
- L'excrétion virale asymptomatique mène à une situation précaire dans laquelle les individus transmettent involontairement la maladie à leurs contacts sexuels.
- L'infection HSV génitale symptomatique se manifeste 7 à 10 jours après une exposition par un prodrome de picotement et de douleur qui précède les lésions de jusqu'à une journée.
- L'éclosion initiale ou primaire est généralement plus sévère et peut avoir de multiples ulcérations génitales ou anorectales. Les épisodes récurrents sont habituellement moins intenses et de plus courte durée.
- La présentation clinique comprend des grappes de papules sur une base érythémateuse qui se transforment en vésicules, pustules et plus tard en érosions. Au cours de l'infection initiale, ces lésions se recouvrent d'une croûte entre le 7^e et le 14^e jour, et généralement guérissent vers la quatrième semaine sans faire de cicatrice.
- Un épisode initial est souvent accompagné de dysurie, de rétention urinaire, d'une aine douloureuse et d'une lymphadénopathie fémorale ainsi que de symptômes systémiques qui peuvent inclure de la fièvre, des malaises et des maux de tête.
- Après l'infection initiale, le virus demeure latent dans le ganglion spinal sacré et, à intervalles variables, il remonte de la racine du nerf et produit une excrétion asymptomatique ou une éclosion mucocutanée qui sera généralement moins intense que l'épisode initial³.
- Les épisodes récurrents peuvent être précipités par le stress, les infections, les traumatismes ou les menstruations, et avoir un prodrome de brûlure et de douleur pour 2 heures à deux jours, suivi de papules et de vésicules qui dureront de 4 à 15 jours, jusqu'à ce qu'il y ait une nouvelle épithélisation².
- Dans la première année après l'infection, un patient non traité connaîtra une moyenne de quatre autres épisodes.
- Les complications associées à l'infection HSV génitale incluent^{3,4} :
 - HSV disséminé
 - méningite aseptique
 - dystonie neurovégétative avec rétention urinaire
 - transmission verticale d'une mère infectée à son nouveau-né
 - risque accru de la transmission du VIH.

Diagnostic

- Le diagnostic est généralement posé cliniquement, mais les tests de laboratoire devraient être utilisés pour le confirmer. Cela peut être fait avec une culture virale, la détection du HSV ou un sérodiagnostic³.
- Pour obtenir un échantillon d'une lésion cliniquement active pour une analyse de laboratoire :
 - choisir la vésicule la plus récente et délicatement soulever le toit de la vésicule avec le bout d'une aiguille ou la lame du scalpel pour exposer l'exsudat sous-jacent;
 - plonger le coton-tige au complet dans le milieu de culture virale et envoyer au laboratoire comme à l'habitude (la culture prend 5 jours);
 - autrement, transférer le coton-tige sur lame de verre et envoyer pour un test immédiat par immunofluorescence directe (détection rapide).
- On peut faire une sérologie spécifique de type, cependant elle ne servira qu'à déterminer une infection passée ou une infection HSV asymptomatique. Ce test est utile pour distinguer entre le HSV-1 et le HSV-2⁴.
- Le frottis de Tzanck révélant des cellules géantes à noyaux multiples est une technique utilisée historiquement, mais en clinique externe, il peut ne pas être toujours pratique.

- Penser à tester pour d'autres causes bactériennes des lésions ulcéreuses, telles que *Treponema pallidum* et *Haemophilus ducreyi*, selon la démographie de la population traitée³.

Justification du traitement

- Le traitement vise à diminuer l'inconfort du patient, la transmission du virus, la durée de l'écllosion et les risques de complication.
- Le traitement devrait être mis en train aussi tôt que possible, sans attendre les résultats du laboratoire (idéalement dans les 72 heures de l'apparition des symptômes afin de réduire la durée et la gravité de la maladie).
- Analgésiques et bains de siège sont des mesures conservatrices qui soulagent la douleur.
- Un cathétérisme urinaire intermittent peut être nécessaire s'il y a rétention urinaire suite à une dystonie neurovégétative.

Traitements disponibles

Thérapie topique

- La pratique conventionnelle dans le traitement de l'herpès génital est la prescription d'agents oraux, mais l'administration topique d'acyclovir à 5 % est une option pour les patients qui ne veulent pas d'une thérapie orale, qui prennent déjà de multiples médicaments oraux (par exemple : les personnes âgées, celles qui souffrent de comorbidités), ou si le prix pose problème. Cela

permet au patient d'initier un traitement rapide et pratique dès l'apparition des premiers symptômes.

- La thérapie topique avec de l'acyclovir à 5 % peut être utilisée pour les éclussions initiales. Le traitement doit être mis en route pendant la phase prémonitoire (Tableau 1).
- Des études contrôlées avec placebo, en double aveugle, randomisées, ont démontré que l'acyclovir topique à 5 %, en pommade ou en crème, diminue l'excrétion virale, le temps de guérison, la durée de la douleur et la formation de nouvelles lésions au cours de l'épisode initial de l'herpès génital⁵⁻⁷.
- On explore présentement de nombreux autres agents topiques dont les modificateurs de la réponse immunitaire, d'autres antiviraux, des microbicides et les oligodéoxynucléotides, avec des résultats variables².

Thérapie orale

- On dispose de trois agents antiviraux oraux : l'acyclovir, le valacyclovir et le famciclovir (Tableau 1, 2 et 3).
- L'efficacité de ces trois agents est comparable quant à la durée et la gravité des lésions, ainsi que la réduction dans l'incidence des complications, telle la méningite.
- La décision de choisir un agent ou un autre dépend alors de l'administration de doses et du coût, l'acyclovir étant le médicament le moins cher et le valacyclovir celui qui nécessite les doses les moins fréquentes.

Médicament	Dosage	Durée
Acyclovir	400 mg per os 3 fois par jour ou 200 mg per os 5 fois par jour	7 à 10 jours
Valacyclovir	1000 mg per os 2 fois par jour	7 à 10 jours
Famciclovir	250 mg per os 3 fois par jour	7 à 10 jours
Acyclovir (topique)*	Appliquer généreusement sur la zone affectée 4 à 6 fois par jour	7 à 10 jours

Tableau 1 : Traitement suggéré pour l'épisode initial d'herpès génital²

* Si l'agent oral ne peut pas être utilisé, penser à l'acyclovir topique pour les poussées initiales.

Médicament	Dosage	Durée
Acyclovir	400 mg per os 3 fois par jour	5 jours
	800 mg per os 2 fois par jour	5 jours
	800 mg per os 3 fois par jour	2 jours
Valacyclovir	500 mg per os 2 fois par jour	3 jours
	1000 mg per os une fois par jour	5 jours
	2000 mg per os 2 fois par jour	1 jour (non approuvé par la FDA)
Famciclovir	125 mg per os 2 fois par jour	5 jours
	1000 mg per os 2 fois par jour	1 jour

Tableau 2 : Thérapie épisodique pour l'herpès récurrent²

Médicament	Dosage	Durée
Acyclovir	400 mg per os 2 fois par jour	Tous les jours
Valacyclovir	500 mg per os une fois par jour	Tous les jours
	500 mg per os 2 fois par jour	
	1000 mg per os une fois par jour	
Famciclovir	250 mg per os 2 fois par jour	Tous les jours

Tableau 3 : Thérapie de suppression pour l'herpès récurrent²

- On suggère une durée de traitement de 7 à 10 jours, mais ce temps doit être prolongé si les lésions ne sont pas guéries ou si de nouvelles lésions se forment.
- Les épisodes récurrents nécessitent une thérapie et peuvent être traités selon leur gravité et la fréquence des éclosions.
- La thérapie épisodique (Tableau 2) convient aux patients qui font des poussées légères et peu fréquentes.
- La thérapie de suppression (Tableau 3) est nécessaire pour les patients qui ont des poussées sévères ou fréquentes, soit > 6 poussées par an.

Thérapie intraveineuse

- Seul l'acyclovir peut être administré par voie intraveineuse, et il devrait être réservé aux cas graves, aux patients immunodéprimés ou aux patients ayant des complications qui exigent l'hospitalisation.
- Le dosage est de 5 à 10 mg par kg de poids toutes les 8 heures².

Conclusion

L'herpès génital est une infection transmise sexuellement chronique qui a le potentiel de causer une détresse physique et psychologique. La maladie se propage par contact direct et se manifeste de façon asymptomatique, ou par des douleurs et des lésions qui apparaissent d'abord sous forme de grappes de papules puis se transforment en vésicules ou ulcérations. Le diagnostic est habituellement clinique mais il se confirme par un test par prélèvement à l'aide d'un

écouvillon. Le traitement doit être entrepris le plus rapidement possible après le début des symptômes afin de réduire la gravité et la durée des symptômes ainsi que le risque de complications. Les antiviraux oraux sont la pierre angulaire du traitement mais chez les patients qui ne peuvent ou ne veulent pas utiliser ces agents, l'acyclovir topique à 5 % peut être une option thérapeutique, particulièrement pour gérer les symptômes initiaux des poussées HSV. Les thérapies d'appoint comprennent les analgésiques et les bains de siège. L'acyclovir par voie intraveineuse est réservé pour les cas les plus sévères qui exigent une hospitalisation et/ou pour les patients immunodéprimés.

Références

1. Steben M. et coll., *Can J Hum Sex* 6 (2) : 127-134 (1997).
2. Viera M.H. et coll., *Int J Dermatol* 49 (7) : 733-749 (juillet 2010).
3. Gupta R. et coll., *Lancet* 370 (9605) : 2127-2137 (décembre 2007).
4. Sen P. et coll., *BMJ* 334 (7602) : 1048-1052 (19 mai 2007).
5. Corey L. et coll., *N Engl J Med* 306 (22) : 1313-1319 (2 juin 1982).
6. Kinghorn G.R. et coll., *Antiviral Res* 3 (5-6) : 291-301 (décembre 1983).
7. Thin R.N. et coll., *Br J Vener Dis* 59 (2) : 116-119 (avril 1983).

Skin Therapy Letter®

Consultez nos archives

Nous apprécions recevoir vos commentaires.

Faites-nous part de vos suggestions de sujets à traiter ou commentaires à : info@skintherapyletter.com

Édition indexée
pour les dermatologues et
les professionnels de la santé



www.SkinTherapyLetter.com

Édition médecine familiale



www.SkinTherapyLetter.ca/fp

Édition pour les pharmaciens



www.SkinPharmacies.ca

Traitements médicamenteux pour les maladies cutanées lancés en 2010

Guide thérapeutique	Dénomination commune/ nom déposé/ nom du fabricant	Indication thérapeutique	Administration gouvernementale ayant donné son approbation
Acné	Adapalène à 0,1 % en lotion <i>Differin</i> [®] Galderma Laboratories	Une nouvelle présentation en lotion du rétinol adapolène a été approuvée pour le traitement de l'acné vulgaire chez les patients de ≥ 12 ans. Cette nouvelle présentation a été conçue pour augmenter son efficacité tolérable et s'étaler facilement. Elle est disponible en flacon à bouchon gicleur facile d'emploi et on recommande de l'appliquer sur le visage et les autres zones du corps touchées par l'acné.	FDA États-Unis
	Phosphate de clindamycine à 1,2 % + trétinoïne à 0,025 % en gel <i>Veltin</i> [™] Stiefel Laboratories, Inc./GSK	Cette association topique d'un antibiotique avec un rétinol dans un véhicule de gel aqueux a été approuvée pour le traitement de l'acné vulgaire chez les patients de ≥ 12 ans.	FDA États-Unis
	Drosprénone / éthynylestradiol/ levoméfolate de calcium + levoméfolate en pilules <i>Beyaz</i> [™] Bayer HealthCare Pharmaceuticals Inc.	Un nouveau contraceptif oral qui augmente les niveaux de folate chez les femmes qui choisissent un contraceptif oral pour la limitation des naissances a été approuvé. L'ajout de levoméfolate de calcium augmente les niveaux de folate dans le but de réduire le risque d'une anomalie du tube neural lors d'une grossesse survenant en prenant <i>Beyaz</i> [™] , ou peu de temps après l'arrêt du produit. L'approbation de <i>Beyaz</i> [™] est basée sur <i>Yaz</i> [®] qui contient les mêmes doses d'œstrogènes et de progestatif. Ce contraceptif est approuvé dans trois indications : la prévention d'une grossesse; le traitement des symptômes du syndrome prémenstruel dysphorique chez les femmes qui choisissent une contraception avec un contraceptif oral; et le traitement de l'acné vulgaire modéré chez les femmes de ≥ 14 ans, mais seulement si la patiente préfère un contraceptif oral pour la limitation des naissances.	FDA États-Unis
Kératoses actiniques	Imiquimod en crème à 3,75 % <i>Zyclara</i> [™] Graceway Pharmaceuticals	Une nouvelle présentation de ce modificateur de réponse immunitaire a été approuvée pour le traitement des kératoses actiniques cliniquement typiques, visibles, ou palpables. Elle offre une administration pratique de doses cyclique sur 6 semaines et elle recommandée pour des applications sur une plus grande surface de la peau (comparativement à l'imiquimod 5 %), y compris le visage au complet et le cuir chevelu à la calvitie naissante des adultes.	Santé Canada FDA États-Unis
Agents antibactériens	Ceftaroline fosamil <i>Teflaro</i> [™] Forest Laboratories Inc.	Ce nouvel antibiotique à spectre large de céphalosporine injectable a été approuvé pour le traitement de la pneumonie communautaire et des infections compliquées de la peau et des tissus mous. La ceftaroline est efficace contre les bactéries à Gram positif, <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline inclus (SARM), et <i>Streptococcus pneumoniae</i> , et les pathogènes à Gram négatif courants.	FDA États-Unis
	Daptomycine pour injection <i>Cubicin</i> [®] Cubist Pharmaceuticals Inc.	Cet antibiotique a reçu une indication supplémentaire en tant que seule injection de 2 minutes par voie intraveineuse pour le traitement des infections compliquées de la peau et les bactériémies à SARM.	FDA États-Unis
Cancer	Anticorps monoclonal avec liaison-CD56 (huN901) + agent cytotoxique maytansinoïde (DM1) <i>IMGN901</i> ImmunoGen Inc.	On a donné au composé IMGN901 (une substance conjuguée anticorps - médicament) la désignation de médicament orphelin pour le traitement du carcinome à cellules de Merkel. L'IMGN901 a une forte affinité pour le CD56 exprimé à la surface des cellules des tumeurs. Une fois liée, la substance conjuguée subit une endocytose et l'agent antimittotique (DM1) est libéré.	Agence européenne des médicaments (EMA) FDA États-Unis
Produits de remplissage dermique et produits cosmétiques injectables	Produit de remplissage à l'acide hyaluronique + lidocaïne à 0,3 % <i>JUVÉDERM</i> [®] <i>XC</i> Allergan Inc.	Une nouvelle présentation de ce produit de remplissage dermique à l'acide hyaluronique a été approuvée pour réduire la douleur au cours du traitement des rides et des plis faciaux modérés à sévères (par exemple : plis naso-labiaux). L'ajout de lidocaïne à 0,3 % sans agent de conservation peut aussi raccourcir le traitement en éliminant le besoin d'un anesthésique supplémentaire.	FDA États-Unis
	Produit de remplissage à l'acide hyaluronique + lidocaïne à 0,3 % <i>RESTYLANE</i> [®] -L <i>PERLANE</i> [®] -L Medicis Aesthetics	D'autres présentations de ces produits de remplissage ont été approuvées pour réduire la douleur associée aux injections pour corriger les plis naso-labiaux modérés à sévères. Ces produits offrent aux patients l'option d'une seringue unique contenant un produit de remplissage antiride avec un anesthésique local. <i>RESTYLANE</i> [®] -L est approuvé pour une injection dans le derme moyen à profond et <i>PERLANE</i> [®] -L est approuvé pour une implantation dans le derme profond jusqu'à l'hypoderme superficiel.	FDA États-Unis

Guide thérapeutique	Dénomination commune/ nom déposé/ nom du fabricant	Indication thérapeutique	Administration gouvernementale ayant donné son approbation
<i>Maladies de surcharge lysosomiale</i>	Agalsidase alpha <i>REPLAGAL</i> ® Shire plc	On a accordé la désignation de reconnaissance accélérée à cette thérapie substitutive de l'enzyme fabriquée dans une lignée humaine pour le traitement à long cours de la maladie de Fabry. La thérapie est administrée toutes les deux semaines par perfusion intraveineuse.	FDA États-Unis
	Velaglucerase alpha <i>VPRIV</i> ™ Shire plc	On a approuvé l'enzyme lysosomiale hydrolytique bêta-glucocérébrosidase pour la thérapie enzymatique substitutive à long cours des enfants et des adultes atteints de la maladie de Gaucher de type 1. La thérapie est administrée toutes les deux semaines par perfusion intraveineuse.	Agence européenne des médicaments (EMA) FDA États-Unis
<i>Psoriasis</i>	Adalimumab <i>Humira</i> ® Abbott Japan Co./Eisai Co.	Cet anticorps monoclonal intégralement humain anti cachectine (TNF) a été approuvé pour les indications supplémentaires du psoriasis en plaques et de l'arthrite psoriasique.	MHLW (Japon)
	Calcipotriène/Calcipotriol à 0,005 % en mousse <i>Sorilux</i> ™ Stiefel, a GSK Company	Une nouvelle présentation en mousse de calcipotriène à 0,005 % a été approuvée pour le traitement du psoriasis en plaques d'intensité légère à modérée pour les patients ≥ 18 ans. Le calcipotriène a été formulé avec un véhicule de mousse VersaFoam®, une technologie de distribution brevetée.	FDA États-Unis
	Calcipotriol en pommade <i>Silkis</i> ™ Galderma Canada	L'approbation a été donnée à cet agent topique de vitamine D3 pour le traitement du psoriasis en plaques d'intensité légère à modérée chez les adultes. Ce produit a été approuvé par la FDA États-Unis en 2009 sous le nom de marque Vectical™.	Santé Canada
<i>Arthrite psoriasique</i>	Adalimumab <i>Humira</i> ® Eisai Co., Ltd.	Cet anticorps monoclonal intégralement humain anti cachectine (TNF) a été approuvé pour les indications supplémentaires du psoriasis en plaques et de l'arthrite psoriasique.	MHLW (Japon)
<i>Vaccins</i>	Vaccin recombinant quadrivalent contre le virus du papillome humain (types 6, 11, 16, et 18) <i>Gardasil</i> ® Merck & Co. Inc.	On a accordé à ce vaccin contre le papillome humain (VPH) l'indication supplémentaire de la prévention de l'infection causée par le VPH des types 6, 11, 16, et 18 et des verrues génitales causées par le VPH de types 6 et 11 chez les garçons et chez les hommes de 9 à 26 ans.	Santé Canada
		Ce vaccin recombinant pour le VPH a reçu une indication d'approbation supplémentaire pour la prévention du cancer anal causé par les VPH de types 16 et 18 et pour la prévention de la néoplasie intra-épithéliale anale de catégories 1, 2, et 3 (dysplasie et lésions précancéreuses) causée par les VPH de types 6, 11, 16 et 18 chez les hommes et les femmes de 9 à 26 ans.	FDA États-Unis
<i>Soins des plaies</i>	Composé de petites molécules d'oxychlorine <i>Hydrogel de Microcyn® pour la peau et les plaies</i> Oculus Innovative Sciences	On a accordé à l'hydrogel de Microcyn® pour la peau et les plaies de nouvelles indications dermatologiques. Ce produit vendu uniquement sur présentation d'ordonnance s'adresse, sous la supervision d'un professionnel de la santé, à la gestion des plaies, à l'allègement des démangeaisons et de la douleur associée à l'irritation cutanée, les plaies, les blessures et les ulcères du tissu dermique.	FDA États-Unis
<i>Autres</i>	Collagénase de clostridium histolyticum <i>XIAFLEX</i> ™ Auxilium Pharmaceuticals	Ce produit biologique tout nouveau considéré comme un médicament orphelin a été approuvé pour le traitement de la contracture de Dupuytren chez les adultes qui ont une accumulation de collagène palpable. Les enzymes injectées dissolvent et affaiblissent les fibres de collagène. Ce nouveau traitement représente la seule option non chirurgicale pour la maladie de Dupuytren.	FDA États-Unis
	Injection de polidocanol <i>Asclera</i> ® BioForm Medical Inc. / Chemische Fabrik Kreussler & Co.	Une approbation réglementaire a été accordée à cet agent pour injections sclérosantes afin améliorer l'apparence des varices. Le traitement par injection est utilisé pour resserrer les varicosités en forme d'étoile (< de 1 millimètre de diamètre) et en forme de brindille (1 à 3 millimètres de diamètre). L'agent agit en lésant la membrane cellulaire qui tapisse les vaisseaux sanguins, refermant les vaisseaux et menant à un remplacement subséquent par d'autres types de tissu.	FDA États-Unis

ABONNEZ-VOUS GRATUITEMENT !

Skin Therapy Letter[®]

Édition médecine familiale

Rédacteur en chef: Dr Stuart Maddin

Visitez le 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 ou visiter directement :

Sites pour les patients :

AcneGuide.ca	BotoxFacts.ca	ColdSores.ca	CosmeticProcedureGuide.ca
DermatologyCare.ca	EczemaGuide.ca	FungalGuide.ca	GenitalWarts.ca
HandEczema.ca	HerpesGuide.ca	Lice.ca	MildCleanser.ca
MohsSurgery.ca	PsoriasisGuide.ca	PsoriaticArthritisGuide.ca	RosaceaGuide.ca
SkinCancerGuide.ca	SkinCoverup.com	Sweating.ca	StaphInfection.com
UnwantedFacialHair.ca			

Sites pour les professionnels en médecine :

Dermatologists.ca	PASIttraining.com	SkinInformation.com	SkinPharmacies.ca
SkinTherapyLetter.ca	SkinTherapyLetter.com		

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

GenitalWartsPatients.com	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

Les compagnies suivantes nous ont accordé une subvention à l'éducation pour la distribution de nos publications en 2011 :

Bayer Inc.

Diane-35[®], Finacea[®], Yasmin[®], et Yaz[®]

Graceway Pharmaceuticals LLC

Aldara[®], Atopiclair[®], Benzig[®], MetroGel-Vaginal[®], et Zyclara[™]

LEO Pharma Inc.

Dovobet[®], Dovonex[®], Fucidin[®], et Xamiol[®]

Pediapharm Inc.

*EpiCeram[®], Kool Effect[®] Patch, NYDA[®], Suprax[®],
et Vapolyptus[®] Patch*

Procter & Gamble

Gillette[®], Head & Shoulders[®], Olay[®], Secret[®], et Tide[®]

Stiefel, a GSK Company

*Clindoxyl[®], Duofilm[®], Impruv[®], PanOxyl[®], Revaléskin[®],
Stieprox[®], Uremol[®], Uremol[®]HC, et Zovirax[®]*

Tribute Pharma Canada Inc.

Soriatane[®]

Valeant Canada Limited

Dermatix[™] Ultra, Efudex[®], Glyquin[®] XM, et Ultravate[®]

Skin Therapy Letter[®] - Édition médecine familiale (ISSN 1915-4550) © 2011 par SkinCareGuide.com Ltd. Skin Therapy Letter[®] - 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[®] - 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.