

Skin Therapy Letter[®]

Volume 7 • Numéro 3 • Juin 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

La gestion à long terme du psoriasis : Traitement thérapeutique et flexible procurant des résultats efficaces et sans danger

Anil Kurian, BScN, MN, MD¹ et Benjamin Barankin, MD, FRCPC²¹Université McMaster, Hamilton, Ontario, Canada²Toronto Dermatology Centre, Toronto, Ontario, Canada**Introduction**

Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique de la peau marquée par des poussées avec des phases de rémission. Comme toutes les maladies chroniques, l'adhésion du patient au traitement nécessite du temps et l'utilisation de produits thérapeutiques afin d'obtenir les meilleurs résultats. Il existe plusieurs traitements topiques efficaces et sans danger, qui permettent de contrôler le psoriasis léger à modéré. Aujourd'hui, nos connaissances sur l'étiologie du psoriasis sont beaucoup plus approfondies. Nous sommes en mesure d'ajuster les doses des traitements pour contrôler la maladie et réduire les troubles psychologiques du patient. Nous parvenons ainsi à des résultats significatifs et par le fait même, à augmenter le degré de satisfaction du patient.

Étiologie du psoriasis inflammatoire

- Au cours des dernières décennies, de grands progrès ont été réalisés et ont contribué à une meilleure compréhension de la maladie et du traitement contre le psoriasis.
- De façon générale, le psoriasis est caractérisé par quatre anomalies cutanées: rougeurs ou érythème; inflammation; hyperprolifération des couches de kératinocytes; et anomalies de différenciation épidermique¹.
- Longtemps considéré comme un dérèglement de la prolifération des kératinocytes, le psoriasis est maintenant attribué à une combinaison de facteurs héréditaires (plusieurs loci étaient isolés) et environnementaux (infections à streptocoques, le stress ou les médicaments, tels que les bêtabloquants et le lithium), qui déclenchent une réaction auto-immune via les cellules T de la peau et la réponse immunitaire innée².
- L'hypothèse de la pathogénèse du psoriasis démontre que le stimuli pro-inflammatoire entraîne le développement de « synapses immunologiques » entre les cellules dendritiques et les cellules T, provoquant l'activation des cellules T spécifiques d'antigène².
- La libération d'une série de cytokines et des facteurs de croissance stimulent la prolifération et la différenciation de kératinocytes, qui favorisent l'activation des cellules T et celle des cellules présentatrices d'antigène (principalement les cellules dendritiques) dans les plaques de psoriasis.
- Le succès clinique du médicament anti-TNF alpha contre la maladie a démontré que ces cytokines jouent un rôle clé dans la pathogénèse du psoriasis³.

Les paradigmes du traitement général

- L'objectif principal du traitement contre le psoriasis est de contrôler rapidement la maladie ainsi que de réduire les signes et les symptômes.
- Cet objectif peut être atteint en diminuant l'érythème, la desquamation et les indurations de plaques; en diminuant la fréquence et l'intensité des poussées psoriasiques; en réduisant l'étendue de la surface corporelle atteinte; et la gestion efficace des effets secondaires.
- Il est primordial d'adapter le traitement selon les besoins du patient.

- Les besoins varient selon les régions du corps atteintes et selon les caractéristiques du psoriasis à traiter; l'épaisseur des lésions, le degré d'érythème et la quantité de desquamations. Il faut également prendre en considération les préférences du patient concernant son traitement.

Les options de traitements topiques

Corticostéroïdes

- Depuis des décennies, les corticostéroïdes ont été un élément clé dans le traitement topique contre le psoriasis. Leur efficacité est attribuée par leurs différentes propriétés anti-inflammatoires, ainsi que par leurs effets immunosuppresseurs et antiprolifératifs.³ Les corticostéroïdes se retrouvent sous différentes formes (crème, lotion, onguent, gel, shampooing et vaporisateur) et celles-ci peuvent être utilisées en association avec d'autres traitements. Le choix du traitement est essentiel pour favoriser l'adhésion au traitement et atteindre les meilleurs résultats.
- La gravité de la maladie, la région corporelle à traiter, la facilité d'utilisation, le degré d'acceptation au niveau esthétique, l'âge et les préférences du patient, sont des éléments à prendre en considération dans le but de choisir le traitement aux corticoïdes approprié⁴.

Les goudrons de houille

- Les goudrons de houille sont des traitements très anciens, utilisés pour soigner différentes maladies de la peau. Ils sont utilisés pour le psoriasis depuis environ 100 ans⁴.
- Bien que ses mécanismes d'action semblent incompris, le goudron de houille est reconnu pour inhiber la synthèse de l'ADN en diminuant la taille et l'index mitotique des kératinocytes⁴.
- Fréquemment, les produits à base de goudron de houille sont évités pour des raisons esthétiques; ils ont l'inconvénient de tacher les vêtements et dégagent une puissante odeur de goudron, présente dans la majorité des produits.
- L'irritation cutanée, l'inflammation du follicule pileux et la photosensibilité aux UVA, représentent d'autres effets négatifs potentiels.

Les rétinoïdes

- Les rétinoïdes occupent une place unique dans l'arsenal thérapeutique contre le psoriasis dont les prédominants sont les traitements immunomodulateurs.
- Le mécanisme d'action des rétinoïdes aide à combattre directement l'inflammation et également l'inhibition de la prolifération ainsi que la normalisation de différenciation de l'épiderme³.
- Les rétinoïdes topiques efficaces contre le psoriasis sont le tazarotène en gel ou en crème, disponible à 0,05 % et à 0,1 %. Le tazarotène provoque souvent de l'irritation et son utilisation est peu fréquente.

Inhibiteurs de la calcineurine

- Il existe deux traitements locaux des inhibiteurs de la calcineurine : le tacrolimus en pommade (0,03 % et 0,1 %) et le pimécrolimus en crème (1,0 %).
- Les premiers essais ont démontré que l'application sous occlusion est efficace pour traiter les patients atteints de psoriasis. Par la suite, on croyait que la pénétration des inhibiteurs locaux de la calcineurine était limitée sur les plaques épaisses de psoriasis.
- Par conséquent, le tacrolimus et le pimécrolimus sont utilisés sur les régions où la peau a une plus grande pénétration topique, par exemple les plis de flexion et le visage⁵.
- Les sensations de brûlure ou de prurit lors des traitements initiaux représentent des effets secondaires des inhibiteurs de la calcineurine; cependant, la régularité dans l'application du traitement permet de réduire l'inconfort et les démangeaisons⁵.

Informations relatives aux choix de traitements à long terme

Le psoriasis est une maladie chronique de la peau qui demande au patient une assiduité à son traitement. Pour maintenir ou obtenir de meilleurs résultats cliniques, un traitement topique à long terme se révèle nécessaire. Des actions précoces peuvent limiter les poussées et améliorer le pronostic de la maladie. Dans certains cas, le patient peut répondre moins bien à la médication au fil du temps. Par conséquent, la nécessité de recourir à des médicaments plus puissants, oblige le patient à s'exposer à un risque grandissant d'effets secondaires.

Les corticostéroïdes

- Il existe différents degrés dans le traitement à base de corticostéroïdes, allant de la classe 1 (plus haut degré) à la classe 7 (plus bas degré).
- Les superpuissants stéroïdes sont recommandés pour les traitements intermittents ou les traitements séquentiels. Les plaques récalcitrantes, le contrôle des poussées ou les lésions épaisses, nécessitent généralement un traitement par corticostéroïdes à hautes doses (classe 1 et 2). Des données démontrent que l'utilisation à court terme de stéroïdes de classe 1 est sans danger et efficace (2 à 4 semaines). Toutefois, les risques de souffrir d'effets secondaires cutanés et systémiques augmentent si les stéroïdes sont utilisés de façon continue pendant une période prolongée⁴.
- La capacité à varier la dose et la méthode d'administration donnent aux stéroïdes la caractéristique polyvalente d'adapter leur usage; doux sur les régions corporelles minces et sensibles, telles le visage, les plis cutanés, et plus fort pour les zones du corps plus résistantes, par exemple, les surfaces des extenseurs et les régions palmoplantaires⁶.
- L'une des raisons principales pour lesquelles les patients ne respectent pas les doses prescrites de stéroïdes, est la peur des effets secondaires. Cette non-compliance amène, par le fait même, une diminution de l'efficacité du traitement. Il est important d'informer les patients sur les bonnes pratiques (dosage, utilisation, durée) et sur les objectifs thérapeutiques.
- Les principaux effets secondaires locaux des corticostéroïdes sont: l'atrophie de la peau, la télangiectasie, les vergetures, la folliculite, l'acné et le purpura. Les principaux effets secondaires systémiques des corticostéroïdes sont: l'hypertension, l'ostéoporose, le syndrome de Cushing, les cataractes, le glaucome, le diabète et la nécrose avasculaire de la hanche⁵.

Les options non stéroïdiens : Les analogues de la vitamine D3

- Il a été démontré que les analogues de la vitamine D jouent un rôle important dans le traitement des plaques chroniques de psoriasis et entraînent de bons résultats cliniques, sans les effets secondaires habituels aperçus lors d'une utilisation à long terme de corticostéroïdes.
- Les analogues de la vitamine D contribuent à la stimulation des différenciations cellulaires, à l'inhibition de la prolifération et à l'immunomodulation⁵.
- À travers les découvertes, on a réalisé que la vitamine D par voie orale, avait un effet thérapeutique sur les plaques de psoriasis.
- Cependant, la vitamine D3 pourrait ne pas être prête à l'emploi dans le traitement contre le psoriasis en raison de son effet sur le métabolisme du calcium (hypercalcémie)⁶. Pour remédier à ce problème, les analogues de la vitamine D3 ont été développés.
- Les analogues de la vitamine D3, tels calcipotriol et calcitriol, inhibent la prolifération des cornéocytes et stimulent la différenciation des cornéocytes (*in vitro*)⁵. Ces analogues ont moins d'effets sur le taux de calcium sérique et son excrétion.
- Les analogues de la vitamine D3 sont très efficaces en association. Leur combinaison, principalement avec les corticostéroïdes

topiques, donne une alternative à l'utilisation à long terme de stéroïdes⁷.

- De nouveaux traitements topiques qui contiennent des analogues de vitamine D3 ont démontré une bonne efficacité clinique et un aspect sans danger.
 - Onguent calcitriol (Silkis™) - métabolite naturel biologiquement actif de la vitamine D
 - Calcipotriol + gel dipropionate de bétaméthasone (Xamiol®) - association de deux éléments pour le cuir chevelu, contenant de la vitamine D3 synthétique et un puissant stéroïde topique.

L'onguent calcitriol

- L'onguent calcitriol 3 µg/g est un métabolite naturel biologiquement actif de la vitamine D3, aussi efficace que les analogues de vitamines D. Cependant, le calcitriol est mieux toléré sur les régions sensibles, telles le visage, le cuir chevelu et les zones flexueuses et rétro-auriculaires⁸.
- Lorsqu'il y a utilisation des analogues de la vitamine D sur les régions corporelles sensibles, les corticostéroïdes peuvent être utilisés en parcimonie dans ces régions
- L'onguent est indiqué pour le traitement du psoriasis en plaques léger à modéré siégeant sur 35 % ou moins de la surface corporelle. Il s'adresse aux adultes ≥18 ans et est efficace pour un traitement à long terme.
- Selon plusieurs essais cliniques réalisés à court et à long terme, il a été prouvé que l'onguent calcitriol dans le traitement du psoriasis chronique en plaques est sans danger, efficace et bien toléré par le patient⁹.
- Un essai clinique de 324 patients, non-aveugle et non-randomisé, durant 52 semaines, a conclu qu'il n'y pas de diminution d'efficacité du traitement avec le temps¹⁰.
- La dose recommandée est une application deux fois par jour (matin et soir) sur la région corporelle affectée. La dose maximale hebdomadaire ne doit pas dépasser 200 g et l'amélioration pourrait apparaître après les deux premières semaines du traitement initial.
- Les études pharmacocinétiques chez les patients atteints de psoriasis et du groupe contrôle ont démontré que, après l'usage de l'onguent de calcitriol, le calcitriol est peu absorbé dans le système et ne provoque pas d'hypercalcémie systémique, même s'il est appliqué sur un tiers de la surface corporelle⁹.

Gel calcipotriol + dipropionate de bétaméthasone

- Ce gel lipophile, utilisé quotidiennement, est préférentiellement indiqué dans le traitement du psoriasis du cuir chevelu. Il contient des ingrédients actifs de calcipotriol 0,005 % et de dipropionate de bétaméthasone 0,05 %¹¹. Des études ont démontré que l'utilisation de l'association de ces deux agents a un début d'action plus rapide et une meilleure efficacité que lorsqu'ils sont utilisés en monothérapie^{12,13}.
- Une étude effectuée chez des patients atteints de psoriasis du cuir chevelu, sur un nouveau gel composé par l'association de 0,5 mg/g de dipropionate de bétaméthasone et de 50 µg/g de calcipotriol, a démontré une amélioration importante, ou clairance de maladie chez 92 % des patients du psoriasis du cuir chevelu, suite à l'utilisation quotidienne durant huit semaines¹⁴.
- Le gel améliore l'apparence esthétique et réduit les irritations. Il est inodore, facile à appliquer, s'utilise quotidiennement, le tout encourage le patient à s'investir activement dans son traitement.
- Pour éviter les effets potentiels sur le métabolisme du calcium, il faut limiter leur emploi à 15 g par jour ou 100 g par semaine.

Amélioration à long terme de la qualité de vie

- Les corticostéroïdes topiques sont un traitement intermittent qui aide à contrôler la maladie affectant les régions du corps relativement limitées. Ces traitements visent à améliorer la qualité de vie du patient à long terme.
- En général, il est recommandé de cesser graduellement la fréquence du traitement corticostéroïdien après avoir atteint une réponse clinique⁴.
- Le traitement doit être contrôlé par des médecins afin de limiter les risques des effets cutanés et des effets secondaires systémiques, particulièrement si le traitement doit être suivi pendant une durée prolongée.
- Le contrôle des effets secondaires entraîne une amélioration à l'adhésion du patient à son traitement et l'augmentation des résultats. Ainsi, l'ajout de nouveaux analogues de vitamine D à l'arsenal thérapeutique topique a pour effet d'augmenter les options thérapeutiques et par le fait même, l'observance du traitement.
- Par ailleurs, les résultats de questionnaires de qualité de vie remplis par les patients psoriasiques, ont démontré que la détresse psychologique est un élément déclencheur des périodes de poussées chez 60 % des patients¹⁵.
- Les difficultés psychologiques interpersonnelles peuvent avoir un impact important sur les aspects de la vie quotidienne du patient. Il est primordial d'évaluer comment le psoriasis affecte sa vie, de prendre en considération les aspects négatifs qui le gênent et de connaître ses attentes relatives au traitement¹⁶.
- Les craintes psychologiques et les préoccupations du patient devraient être considérées prioritairement dans le plan du traitement.
- Pour atteindre des résultats gagnants dans les démarches thérapeutiques, il est important que le traitement soit adapté de façon spécifique à chaque patient, et leurs questionnaires d'évaluation de la qualité de vie soient pris en considération.

Conclusion

La gestion du psoriasis, l'adhésion du patient au traitement ainsi que la satisfaction de celui-ci, sont des éléments primordiaux à considérer pour établir un traitement thérapeutique efficace et ainsi, obtenir des résultats concrets. Le succès pour gérer et traiter la majorité des patients psoriasiques réside dans la compréhension précise du patient, le déploiement d'efforts soutenus en vue de combler ses besoins et l'utilisation de thérapies topiques. Par ailleurs, les médecins doivent continuer d'informer les patients des différentes options de traitements et recueillir leurs commentaires, leurs observations. De cette façon, il sera possible d'améliorer et de perfectionner la gestion à long terme de cette maladie chronique.

Références

1. Bhalerao J., et coll., *Hum Mol Genet* 7 (10) : 1537-1545 (1998).
2. Prinz J.C., *J Eur Acad Dermatol Venereol* 24 (Suppl 6) : 1-4 (octobre 2010).
3. Mitra A., et coll., *Expert Opin Drug Deliv* 7 (8) : 977-992 (août 2010).
4. Menter A., et coll., *J Am Acad Dermatol* 60 (4) : 643-659 (avril 2009).
5. Laws P.M., et coll., *Expert Opin Pharmacother* 11(12) : 1999-2009 (août 2010).
6. Afifi T., et coll., *Can Fam Physician* 51 : 519-525 (avril 2005).
7. Menter A., et coll., *J Am Acad Dermatol* 60 (4) : 643-659 (avril 2009).
8. Sigmon J.R., et coll., *J Dermatolog Treat* 20 (4) : 208-212 (2009).
9. Kircik L., *J Drugs Dermatol* 8 (8 Suppl) : s9-16 (août 2009).
10. Leibold M., et coll., *Cutis* 83 (4) : 205-212 (avril 2009).
11. Guenther L.C., *Skin Therapy Lett* 14 (4) : 1-4 (mai 2009).
12. Luger T.A., et coll., *Dermatology* 217 (4) : 321-328 (2008).
13. Jemec G.B., et coll., *J Am Acad Dermatol* 59 (3) : 455-463 (septembre 2008).
14. Buckley C., et coll., *Dermatology* 217 (2) : 107-113 (2008).
15. Kirby B., et coll., *Br J Dermatol* 144 (Suppl 58) : 37-43 (avril 2001).
16. de Arruda L.H.F., et coll., *Br J Dermatol* 144 (Suppl 58) : 33-36 (avril 2001).

Traitement topique optimal pour l'acné

Maha Dutil, MD, MEd, FRCPC

Département de dermatologie, Université de Toronto, Toronto, Ontario, Canada

Women's College Hospital, Toronto, Ontario, Canada

Introduction

L'acné vulgaire est une maladie du follicule pilo-sébacé caractérisée par des lésions non inflammatoires (comédons ouverts et fermés) et inflammatoires (papules, pustules et nodules). Sa pathogénèse est multifactorielle - la production des lésions acnéiques est provoquée par l'interaction des facteurs hormonaux, bactériens et immunologiques (inflammatoires). Bien que l'acné ne soit pas une maladie mortelle, elle peut néanmoins causer des effets nuisibles sur la qualité de vie des individus touchés. Heureusement, il existe une vaste variété de médicaments pour traiter l'acné, ayant pour objectif d'éliminer les lésions, de prévenir les séquelles cicatricielles et de limiter les effets secondaires et psychologiques reliés aux traitements. Les nouvelles combinaisons de remèdes à doses fixes ciblent les multiples facteurs pathogènes responsables de l'acné et offrent des dosages simplifiés, qui peuvent potentiellement augmenter à la fois l'efficacité et l'adhésion du patient comparativement à une monothérapie.

Aperçu général de l'acné

Pathogénèse

- Toutes les formes d'acné sont associées à un ou plusieurs de ces facteurs physiopathologiques suivants :
 - Hyperkératose de l'épithélium folliculaire avec formation de comédons
 - Hyperproduction de sébum
 - Prolifération du *Propionibacterium acnes* (*P. acnes*)
 - Troubles immunitaires locaux causant de l'inflammation
- Les hormones sont reconnues pour affecter la production de sébum, mais elles pourraient également jouer un rôle dans l'hyperkératinisation folliculaire indépendamment de leur effet sur la glande sébacée. Durant la puberté une augmentation d'androgènes surrénaliens conduit à :
 - L'augmentation des glandes sébacées entraînant une augmentation de la production de sébum
 - La desquamation anormale et l'augmentation de l'adhésion des kératinocytes éliminés dans le follicule sébacé, entraînant une obstruction du follicule et ayant des effets dans la production d'un microcomédon (un bouchon de sébum et de kératine – précurseur de toutes les lésions acnéiques)
- La colonisation de l'appareil pilo-sébacé par le *P. acnes* se produit dans l'environnement anaérobique où le sébum fournit l'apport nutritif pour sa survie. Cette bactérie Gram positif provoque l'inflammation par :
 - Libération des enzymes
 - Activation de la libération de cytokines par les autres cellules
 - Déclenchement d'une réponse immunitaire (par exemple : production des anticorps)

Prévalence et caractéristiques de la maladie

- L'acné touche 85 % des jeunes de 12 à 24 ans¹. L'acné persistant (outre l'adolescence) et à l'âge adulte devient plus importante².
- Le classement pour déterminer la gravité de l'affection cutanée est en soi subjectif, en raison de son processus basé sur des observations cliniques. Plusieurs systèmes de classification ont été élaborés. Ceux-ci évaluent le type de lésion ainsi que le degré d'implication du patient pour classer la sévérité de l'acné. Selon la technique priorisée, les échelles de mesure peuvent varier d'un degré de 1 à 4 et de 1 à 12. L'acné peut être classée selon la prédominance des lésions cutanées et le nombre de lésions détermine la catégorie d'intensité, de légère à sévère.
 - Comédons (non inflammatoires) - légère, modérée, sévère
 - Papules (inflammatoires) - légère, modérée, sévère
 - Pustules (inflammatoires) - légère, modérée, sévère
 - Nodules - légère, modérée, sévère
- L'acné peut être physiquement et émotionnellement cicatricielle. Elle peut causer des troubles psychologiques, entraînant une perte d'estime de soi et de confiance en soi, selon la gravité de l'affection cutanée.

Aperçu du traitement

- La majorité des patients avec des comédons d'intensité légère à modérée ou avec de l'acné papulo-pustuleuse, peuvent être traités avec des agents topiques. (Tableau 1)
- Les cas sévères avec nodules, kystes, cicatrices, nécessitent l'ajout d'un traitement systémique.
- Les composés anti-acnéiques topiques ont une influence directe ou indirecte sur les facteurs pathogènes mentionnés au-dessus.
- Le traitement est choisi en fonction du type de lésion acnéique prédominant chez le patient.

Type de médicament	Agent topique pour l'acné	Commentaires
Agents antimicrobiens	<ul style="list-style-type: none"> • Peroxyde de benzoyle (PB) • Clindamycine • Érythromycine • Sodium de sulfacétamide 	<ul style="list-style-type: none"> • Agit sur le <i>P. acnes</i> • Formules : crèmes, onguents, lotions, gels et mousses • Peut provoquer des irritations ou de la sécheresse • PB a une faible activité comédolytique • PB peut blanchir les couleurs des tissus
Association de plusieurs médicaments	<ul style="list-style-type: none"> • Antibiotique topique + PB • Rétinoïde topique + antibiotique • Rétinoïde topique + PB 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilite le traitement des facteurs pathogènes • L'association est plus efficace qu'un agent individuel • Formulation gel • PB + antibiotique peut inhiber la résistance bactérienne • Simplifie les traitements, réduit la fréquence des doses (par exemple, application une fois par jour) et réduit l'exposition à la médication • Rétinoïde + antibiotique peuvent augmenter la tolérance • Potentiellement plus rentable
Rétinoïdes	<ul style="list-style-type: none"> • Adapalène • Tazarotène • Trétinoïne 	<ul style="list-style-type: none"> • Peut être utilisé pour toutes les formes d'acné et pour le traitement d'entretien • Le rétinol topique est le meilleur traitement contre l'acné non inflammatoire (comédons); une amélioration significative peut prendre plusieurs mois • Les effets secondaires communs sont l'irritation (exemple : sensation de brûlure ou de picotement), rougeurs ou inflammation, et desquamation ou dessèchement • Formules : sous forme de crèmes, de gels et de solutions • Les avancements dans les composantes des formules réduisent l'irritation et améliorent l'efficacité (exemple : crème émoullissante, gel micro éponge)

Tableau 1 : L'échelle de traitements topiques approuvés contre l'acné²⁻⁴

Compréhension de PB / association d'antibiotiques

Un traitement efficace considère tous les facteurs pathogènes. La monothérapie ne traite pas les quatre caractéristiques physiopathologiques de l'acné.

- Les antibiotiques topiques contre l'acné sont utilisés depuis plus de 40 ans et sont encore très populaires à ce jour. L'efficacité des antibiotiques réside dans leurs effets inhibiteurs sur la prolifération du *P. acnes* et sur les médiateurs inflammatoires.
- L'échec du traitement antibiotique a été, dans certains cas, associé à l'émergence de souches résistantes. Cette résistance a, préalablement été rapportée par l'usage topique de clindamycine et l'érythromycine³.
- L'utilisation de peroxyde de benzoyle réduit l'apparition de souches résistantes et peut être efficace dans le traitement des souches de *P. acnes* résistantes et non résistantes⁴.
- Le peroxyde de benzoyle ne favorise pas la résistance antimicrobienne. D'ailleurs, il a été prouvé qu'il peut prévenir cette résistance lorsqu'il est utilisé ensemble avec l'érythromycine topique ou la clindamycine topique.
- Un certain nombre d'études cliniques ont démontré qu'une association de PB / antibiotique pour gérer et traiter l'acné est sans danger et augmente l'efficacité (Tableau 2).

Combinaison de traitements	Étude clinique/Résultats
PB 5 % / érythromycine 3 % (PB/E) en gel vs. érythromycine seule en application pendant 6 semaines	<ul style="list-style-type: none"> • Étude en double aveugle chez des patients atteints d'acné légère à modérée⁵ • Le nombre de souches résistantes à l'érythromycine de <i>P. acnes</i> a été réduit de façon significative dans le groupe PB/E comparativement au groupe qui recevait l'érythromycine seul.
PB 5 % / érythromycine 3 % (PB/E) en gel vs. érythromycine seule application pendant 6 semaines	<ul style="list-style-type: none"> • Étude ouverte chez des patients avec des souches de <i>P. acnes</i> résistantes à l'érythromycine⁵ • Des réductions significatives relatives au degré d'acné et au nombre de lésions ont été remarquées avec l'association de PB/E.
Association de PB / clindamycine, PB, clindamycine, ou véhicule, en gels appliqués une fois par soir pendant 11 semaines	<ul style="list-style-type: none"> • Deux études avec contrôle, parallèles, randomisées en double aveugle, chez des patients acnéiques⁶ • La formule en gel a été nettement supérieure aux deux autres agents individuels. Une amélioration globale de l'état des patients et une réduction des lésions inflammatoires ont été aperçues avec le gel.
PB 5 % / clindamycine 1 %, PB 5 % / érythromycine 3 % ou PB 5 % appliqués deux fois par jour pendant 10 semaines	<ul style="list-style-type: none"> • Essais randomisés, multicentriques, à simple aveugle chez des patients souffrants d'acné modérée à sévère⁷ • L'association PB/C et l'association PB/E ont tous les deux donné des réductions plus grandes des lésions inflammatoires et ont prouvé qu'elles étaient plus efficaces que PB utilisé seul.

Tableau 2 : Essais cliniques démontrant l'efficacité des traitements en association avec le PB et la clindamycine ou l'érythromycine

Éléments à considérer lors d'association de traitements

- De façon générale, l'acné inflammatoire légère à modérée peut être traitée par deux médicaments topiques. Habituellement, l'un est appliqué le matin et l'autre au coucher.
- Un rétinoïde est utilisé pour traiter le précurseur de toutes les lésions acnéiques (par exemple, le microcomédon) et un agent antibactérien pour ses effets sur le *P. acnes*. Le PB ou une association de PB et d'un antibiotique font partie des options d'antibactériens topiques.
- Le PB est extrêmement efficace contre le *P. acnes*, mais il peut être irritant. L'irritation peut être minimisée par l'emploi de la plus faible concentration efficace de PB dans un véhicule à base d'eau, qui ne diminue pas son efficacité. Une autre façon de réduire l'irritation provoquée par le PB est de l'associer avec un autre antibiotique.
- Les associations de PB et d'un antibiotique réduisent également l'irritation qui peut être provoquée par un rétinoïde topique. Un rétinoïde topique peut être utilisé avec un antibiotique topique seul, seulement si le patient est allergique au PB (estimation moyenne 1 à 2 % de la population⁸). La dose d'antibiotique topique doit être arrêtée le plus tôt possible et le rétinoïde peut être utilisé seul pour le traitement d'entretien.

Recommandations pour minimiser la résistance bactérienne

- Évitez d'utiliser les antibiotiques en monothérapie et dans les cas d'acné légère.
- Évitez les antibiotiques topiques si des préparations topiques non antibiotiques suffisent.
- Utilisez d'autres alternatives aux antibiotiques pour le traitement d'entretien.
- Cessez les traitements antibiotiques si la peau se normalise ou si le traitement ne donne pas les résultats escomptés.
- Changez de stratégie si aucune réaction ne se produit lors de la prise des antibiotiques par voie orale et si une rechute rapide survient après l'arrêt du traitement. À ce moment, pensez à une autre thérapie. (ex : rétinoïdes systémiques, anti-androgènes chez les femmes)
- Utilisez le même produit s'il faut à nouveau un antibiotique.
- Respectez la dose recommandée des antibiotiques et évitez l'arrêt prématuré
- Évitez l'utilisation simultanée de différents antibiotiques topiques et oraux afin de réduire les risques de développer une résistance aux deux agents.
- Si le patient ne répond pas à l'antibiotique, évitez de changer ou de rajouter un autre antibiotique.
- Utilisez le peroxyde de benzoyle PB au cours du traitement antibiotique
- Le PB blanchit les tissus et les cheveux, les patients doivent être avertis lors de la prescription.
- Durant la nuit, limitez la quantité de PB sur la poitrine et le dos, en raison de ses effets blanchissants sur les tissus. Sinon, recommandez aux patients de porter un chandail blanc en dessous de leurs vêtements, lors de l'application de jour.

La non adhésion

- La non adhésion du patient au traitement peut influencer les résultats, ce qui est particulièrement vrai avec les médicaments topiques. (exemple : bonne application, dose précise)
- Il existe certaines stratégies cliniques pour favoriser l'adhésion du patient au traitement, incluant
 - Encouragez l'implication du patient dans la prise de décision relative au traitement
 - Consacrez du temps au patient pour lui expliquer l'évolution de l'acné, des différents traitements et de leur mode d'emploi, des effets secondaires potentiels, et du taux d'amélioration espéré
 - Choisissez des traitements simples, faciles à utiliser (dose quotidienne)
 - Si le patient semble insatisfait du traitement, modifiez-le

Conclusion

Étant donné les multiples facteurs dans la pathogénèse de l'acné, les traitements qui neutralisent la majorité de ces facteurs entraîneront de meilleurs résultats. Au moment de considérer les différentes options pour diminuer la population de *P. acnes*, il est préférable de choisir des agents thérapeutiques qui ne favorisent pas l'apparition d'une résistance. Les traitements en combinaison ont démontré qu'ils améliorent l'efficacité, qu'ils sont sans danger, qu'ils agissent vite, et qu'ils ont une rémission rapide. Les progrès dans l'association de composés à doses fixes offrent des traitements plus simples, qui favorisent l'adhésion du patient. De plus, les bénéfices de ces avancées peuvent conduire à l'amélioration des résultats thérapeutiques et à l'amélioration de la qualité de vie des patients acnéiques.

Références

1. Krowchuk D.P., et coll., *Adolesc Med* 12 (2) : vii, 355-374 (juin 2001).
2. Tan J.K., *Skin Therapy Lett Pharm* 4 (2) : 1-3 (juillet-août 2009).
3. Crawford W.W., et coll., *J Invest Dermatol* 72 (4) : 187-190 (avril 1979).
4. Dutil M., *Skin Therapy Lett* 15 (10) : 5-7 (novembre-décembre 2010).
5. Eady E.A., et coll., *Br J Dermatol* 134 (1) : 107-113 (janvier 1996).
6. Lookingbill D.P., et coll., *J Am Acad Dermatol* 37 (4) : 590-595 (octobre 1997).
7. Leyden J.J., et coll., *J Cutan Med Surg* 5 (1) : 37-42 (janvier-février 2001).
8. Lindemayr H., et coll., *Contact Dermatitis* 7 (3) : 137-140 (mai 1981).

Mise à jour sur la gestion de l'eczéma chronique des mains

D. Richard Thomas, MD, FRCPC¹ et Christine E. Malcolm, MD, FRCPC²

¹Département de dermatologie et science cutanée, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada

²Division de dermatologie, Université de Toronto, Toronto, Ontario, Canada

Introduction

L'eczéma des mains est un désordre cutané courant qui affecte les individus de tout âge. L'eczéma des mains, d'une façon générale, fait référence à n'importe quel genre d'inflammation qui touche la peau des mains, caractérisée par une combinaison de plusieurs signes : une rougeur, des démangeaisons, la desquamation et les fissures. Des facteurs de risque à la fois génétiques et environnementaux jouent un rôle important dans son étiologie. L'eczéma des mains est bien connu pour son caractère récalcitrant. De façon typique, il devient chronique et récurrent, son intensité s'aggrave et il peut finir par résister aux traitements conventionnels. Cependant de récents progrès, particulièrement pour la forme chronique et sévère de la maladie, ont élargi le paysage thérapeutique. Une compréhension approfondie de la pathogenèse, de l'héritabilité, du diagnostic, des options thérapeutiques et des facteurs liés au patient aidera à améliorer la gestion de courte et de longue durée ainsi que les résultats du traitement. Dans cette étude, les termes eczéma et dermatite sont utilisés de manière interchangeable et réfèrent à la même condition.

Prévalence et pronostic

La majorité des adultes qui sont atteints de la dermatite, ont les mains touchées.

- On estime que 7 à 12 % de la population générale est affectée par l'eczéma des mains¹.
 - Chez environ 5 à 7 % des patients qui souffrent d'un eczéma des mains, la maladie est chronique et sévère, et 2 à 4 % sont réfractaires au traitement topique².
- La prévalence est considérablement plus élevée dans certains métiers comme, par exemple, les hommes et les femmes de ménage, les coiffeurs, les professionnels des soins de la santé et les travailleurs des industries agricole, alimentaire, mécanique, métallurgique ou de l'imprimerie.
- L'eczéma des mains se rencontre aussi deux fois plus souvent chez les femmes que chez les hommes³.
- Parmi les facteurs du pronostic le plus fortement négatif, il faut inclure l'étendue des lésions, l'histoire de la dermatite dans l'enfance et le déclenchement de la maladie avant l'âge de 20 ans⁴.

Variantes courantes de l'eczéma des mains

Une étude épidémiologique de l'eczéma des mains a observé que ses formes classifiées les plus courantes sont : les dermatoses de contact irritant (35 %), de contact allergique (19 %) et les dermatoses atopiques (22 %); 15 % des patients ont un eczéma non classé⁵.

Dermatite de contact irritant

- La dermatite de contact irritant est causée par une exposition répétée ou prolongée à des sensibilisants, ce qui inhibe la réparation de la barrière épidermique.
- Les substances qui peuvent provoquer des réactions : l'eau, les savons, les détergents, les produits nettoyants pour les mains, les solvants, les dégraissants, les lubrifiants, les huiles, les liquides de refroidissement, les produits alimentaires, la poussière de fibre de verre, les métaux, les plastiques et les résines ainsi que les traumatismes mécaniques.
- Les symptômes sont généralement symétriques et touchent le bout postérieur des doigts ou les espaces entre les doigts.

Dermatite de contact allergique

- Il peut être difficile de poser un diagnostic clair entre la dermatite de contact irritant et la dermatite de contact allergique.
- La réactivité survient quand des individus déjà sensibilisés sont réexposés à l'antigène.
- Les allergènes courants comprennent le nickel, les parfums et les agents de conservation.
- Les allergènes d'origine professionnelle comprennent les agents antibactériens, les sels métalliques comme, par exemple, le chromate, le nickel, les colorants organiques, les plantes, les résines de plastique et les additifs de caoutchouc.
- La peau postérieure est la plus souvent touchée particulièrement sur les doigts.

Dermatite atopique

- La dermatite atopique constitue un facteur de risque pour l'eczéma des mains chez les adultes.
- La dermatite atopique touche fréquemment les mains et/ou les paupières. Les autres régions du corps couramment affectées incluent la face postérieure des mains, le bout des doigts et la face antérieure des poignets.
- Les lésions cutanées aiguës apparaissent sous forme de papules érythémateuses avec excoriations, vésicules, et suintement. Des démangeaisons intenses sont fréquentes.
- La phase chronique est caractérisée par une hyperkératose (peau épaissie), une lichénification et des papules fibreuses.

Causes et facteurs de risque

- L'étiologie de l'eczéma des mains comporte des facteurs exogènes et endogènes. Cette multiplicité rend l'identification de tous les éléments en cause très difficile.
- L'eczéma des mains progresse couramment vers la chronicité même s'il y a éviction du facteur déclenchant initial².
- Histoire personnelle ou familiale de l'atopie (asthme, rhinite allergique, dermatite atopique).
- L'eczéma des mains peut être causé ou aggravé par une exposition professionnelle qui amène à travailler dans des conditions humides ou mouillées, à se laver fréquemment les mains ou à faire usage de substances irritantes.
 - La gravité de l'eczéma des mains professionnel entraîne des congés de maladie prolongés et un risque accru de perdre son emploi⁶.

Traitement

En dépit de sa prévalence et du fardeau considérable que cause cette maladie, il existe très peu d'essais contrôlés randomisés bien conçus qui évaluent les thérapies pour l'eczéma chronique des mains.

- Il s'ensuit que la plupart des recommandations thérapeutiques sont basées sur l'expérience personnelle du médecin et le nombre limité de petites études disponibles.
- Le sondage EDEN par van Coevorden et ses collaborateurs a évalué les études sur l'eczéma des mains faites entre 1977 et 2003 et a confirmé le manque d'essais contrôlés randomisés et la piètre méthodologie et qualité de notification de la majorité d'entre eux⁷.
- Par conséquent, cette pénurie d'informations s'appuyant sur l'évidence ne réussit pas à guider adéquatement le processus de décision thérapeutique.
- L'absence de clarté est encore plus évidente pour l'eczéma chronique des mains où les options thérapeutiques sont plus limitées⁸.

Agents topiques

Les traitements topiques peuvent être poursuivis en association ou avec les thérapies systémiques ou lumineuses.

Émoullients

- L'usage rigide des émoullients contribue à la réparation de la barrière cutanée.
- Une hydratation adéquate peut soutenir le traitement pharmacologique en réduisant le besoin de corticostéroïdes ou d'immunomodulateurs topiques et en atténuant les effets indésirables de la thérapie médicamenteuse.

Corticostéroïdes

- Les stéroïdes topiques servent à réduire l'inflammation et constituent la pierre angulaire de la thérapie.
- Les pommades sont généralement plus efficaces et comportent moins d'agents de conservation et d'additifs que les crèmes.
- La couche cornée épaisse, comme aux paumes des mains, entre les doigts et autour des ongles, exige souvent des préparations à dose plus forte telles que la pommade de propionate de clobétasol à 0,05 % une à deux fois par jour pendant quelques semaines puis deux à trois fois par semaine au besoin.
- Les stéroïdes topiques devraient être utilisés sur les régions du corps affectées deux fois par jour jusqu'à amélioration visible, puis la posologie peut être diminuée progressivement pour déboucher sur un usage intermittent pour un traitement d'entretien.
- Une faible réponse au traitement peut être le signe d'une allergie aux corticostéroïdes.
- Des réactions croisées entre groupes de corticostéroïdes et des flambées avec les stéroïdes systémiques peuvent compliquer la thérapie.
- Leur usage, particulièrement à long terme, comporte des limitations dont la tachyphylaxie, l'atrophie cutanée, et des effets systémiques indésirables.

Inhibiteurs de la calcineurine topiques

- Les inhibiteurs de la calcineurine topiques sont des immunomodulateurs non stéroïdiens qui exercent des effets anti-inflammatoires.
- Le pimécrolimus et le tacrolimus sont utiles quand les agents conventionnels n'agissent pas ou ne conviennent pas.
- Les activités pharmacocinétiques des inhibiteurs de la calcineurine topiques comprennent l'absorption cutanée mais ne traversent pas dans la circulation sanguine.
- Leur délai d'action est plus lent que celui des corticostéroïdes.
- Les effets indésirables courants des inhibiteurs de la calcineurine topiques comportent des démangeaisons légères et transitoires, et une brûlure lors de l'application.

Acide salicylique et goudron de houille

- Ces agents sont parfois prescrits pour les régions du corps hyperkératotiques pour aider à adoucir la peau, en réduire l'épaisseur et améliorer la pénétration des médicaments.
- L'acide salicylique peut causer une irritation.
- Les goudrons ont une odeur désagréable et peuvent causer irritation et coloration. On s'inquiète aussi de leur action carcinogène potentielle.

Agents systémiques

Antihistaminiques

- Les antihistaminiques sédatifs (par exemple, hydroxyzine ou diphenhydramine) peuvent être d'utiles appoints pris au coucher pour les démangeaisons réfractaires, particulièrement pendant les flambées.

Antibiotiques

- Les antibiotiques oraux/topiques sont utilisés pour traiter les lésions infectées.
- La plupart des infections sont causées par une colonisation au *Staphylococcus aureus*. La céphalexine est couramment prescrite à la dose de 500 mg 4 fois par jour pendant sept jours.

Corticostéroïdes oraux

- Les corticostéroïdes oraux sont efficaces en cure de courte durée pour le traitement des flambées aiguës ou étendues.
- La prednisonne peut être prescrite initialement à 0,5 à 1 mg/kg ou 20 à 40 mg puis être diminuée progressivement sur plusieurs semaines. Les patients doivent recevoir de l'information sur les effets indésirables (par exemple, nécrose avasculaire de la hanche) et les précautions à prendre, au moment de la dispensation du médicament.
- Son usage prolongé est rarement judicieux à cause des effets secondaires indésirables et potentiellement dangereux.

Agents immunosuppresseurs pour l'eczéma sévère des mains

- L'azathioprine peut être utilisée dans l'eczéma des mains, la dishydrrose et le psoriasis.
 - Ses effets indésirables comprennent des enzymes hépatiques élevées, une leucopénie, des infections et la photosensibilité.
 - Son usage prolongé peut avoir, rarement, comme effets indésirables un épithélioma spinocellulaire de la peau et un lymphome non hogkinien.
- La cyclosporine freine les réponses d'inflammation.
 - Son usage prolongé peut entraîner de graves effets indésirables dont le délabrement d'organes.
- Le méthotrexate a un effet immunomodulateur et il est généralement pris à la dose de 7,5 à 20 mg par semaine.
 - Ses effets secondaires comprennent des nausées, des vomissements, des diarrhées, la fibrose et la cirrhose du foie, la fibrose pulmonaire et la pancytopenie ainsi que d'autres graves conséquences indésirables suite à un usage prolongé.
 - L'acide folique est généralement prescrit en même temps car il peut réduire les effets indésirables liés à l'usage du méthotrexate.
 - Au cours d'un traitement au méthotrexate, les patients doivent passer des tests réguliers afin de surveiller les anomalies hépatiques; l'abstention d'alcool est essentielle pour prévenir l'atteinte hépatique.
- Le mycophénolate mofétil peut être utilisé chez les patients qui ne répondent pas ou répondent mal aux autres thérapies pour l'eczéma des mains.
 - On craint les pouvoirs tératogène et carcinogène à long terme du mycophénolate mofétil.

Photothérapie (thérapie lumineuse)

Pour l'eczéma sévère des mains ou résistant au traitement, les rayons ultraviolets B à spectre étroit, ou la thérapie PUVA avec du sporalène oral ou en bain avec rayons ultraviolets A à ondes longues sont utiles par leur effet immunosuppresseur local.

- L'usage prolongé des thérapies aux rayons ultraviolets peut causer des lésions cutanées et augmenter les risques de cancer.
- Les patients peuvent trouver peu pratique le temps qu'exigent ces thérapies.
- L'accès à une photothérapie donnée en clinique peut être limité.

Progrès thérapeutiques pour l'eczéma chronique des mains

Une des quelques études contrôlées adéquatement et qui représente l'essai le plus important jusqu'à ce jour, a exploré l'usage oral de l'alitrétinoïne dans l'eczéma sévère des mains réfractaire aux soins conventionnels¹. Cette investigation fournit des données absolument nécessaires basées sur l'évidence et démontre le potentiel thérapeutique de cet agent non immunosuppresseur.

- L'alitrétinoïne (acide rétinoïque cis-9) est un nouveau rétinoïde oral qui a reçu une approbation réglementaire au Canada en novembre 2009, et qui est commercialement disponible depuis novembre 2010. C'est le seul agent systémique qui est indiqué pour le traitement des adultes ayant un eczéma sévère des mains ne répondant pas aux stéroïdes topiques puissants.
- Deux essais randomisés, en double insu, contre placebo, multicentriques, portant sur plus de 1300 patients traités avec l'alitrétinoïne, ont démontré des améliorations cliniques importantes dans l'eczéma chronique des mains d'intensité modérée à sévère^{1,9}.
- Une étude qui évaluait son usage une fois par jour pendant 12 semaines a révélé une amélioration proportionnelle à la dose administrée chez 53 % des patients souffrant d'eczéma chronique des mains, ceux-ci présentant jusqu'à 70 % de réduction moyenne des signes et des symptômes de la maladie⁹.
- Une deuxième étude se penchant sur son usage une fois par jour pendant jusqu'à 24 semaines a rapporté que 48 % des patients traités avec l'alitrétinoïne ont obtenu des mains saines ou quasiment saines avec jusqu'à 75 % de réduction moyenne des signes et symptômes de la maladie, contre 17 % pour le groupe recevant le placebo. Après l'arrêt de la thérapie, le temps moyen de rechute a été de 5,5 à 6,2 mois¹.
- L'alitrétinoïne fut bien toléré. Les effets indésirables furent proportionnels à la dose administrée et comprenaient des céphalées, des bouffées vasomotrices, des événements mucocutanés (comme par exemple, la sécheresse de la peau, des lèvres et des yeux), une hyperlipidémie et une diminution des taux de thyroxine libre et de la thyrotrophine.
 - Pour la plupart des patients, la dose de départ recommandée est de 30 mg une fois par jour pour jusqu'à 24 semaines, dépendamment de la réponse¹⁰. Une dose de départ plus faible de 10 mg par jour peut être essayée sur les patients qui présentent des effets indésirables non tolérables à la dose plus forte¹¹.
 - Un traitement intermittent avec l'alitrétinoïne peut être efficace pour la gestion à long terme de l'eczéma chronique des mains.
 - L'efficacité de l'alitrétinoïne à la suite d'une rechute a été démontrée dans une étude à double insu de 117 patients avec un eczéma chronique des mains qui avaient auparavant répondu à la thérapie pour ensuite rechuter¹². Les taux de réponse étaient de 79,6 % pour les patients traités à nouveau avec 30 mg d'alitrétinoïne contre 8,3 % pour le placebo. Un nouveau traitement avec 10 mg d'alitrétinoïne a produit des taux de réponse de 47,6 % contre 10,0 % pour le groupe avec placebo. La reprise du traitement a été bien tolérée et les effets typiques de cette classe de rétinoïdes ont été observés.
 - L'alitrétinoïne est un rétinoïde endogène dont les concentrations reviennent à la normale dans les 1 à 3 jours qui suivent l'arrêt du traitement. Il est rapidement éliminé et ne s'accumule pas dans le corps¹¹.
 - Comme tous les rétinoïdes systémiques, l'alitrétinoïne est tératogène et exige une surveillance étroite lorsqu'il est utilisé pour les femmes en âge de procréer. Juste avant, pendant et un mois après la thérapie, un test de grossesse et l'usage de moyens contraceptifs acceptables sont nécessaires.

Conseils de soins personnels aux patients

Une partie essentielle de la gestion de l'eczéma des mains est de réparer la fonction normale de la barrière cutanée par une hydratation régulière avec des émoullissants, à la fois pendant et entre les flambées. Les modifications du style de vie et les soins personnels du patient sont des éléments critiques d'une gestion continue réussie, et pour minimiser les effets indésirables sur la qualité de vie.

- Utiliser des nettoyants doux plutôt que des savons décapants ou parfumés.
- Faire un usage rigoureux d'hydratants neutres (vaseline).
- Éviter les produits contenant des parfums et des agents de conservation.
- Se laver avec de l'eau chaude et limiter la durée du bain.
- Si les facteurs déclenchants sont connus, leur évitement est au cœur de la stratégie pour la gestion de l'eczéma des mains.
- Pour protéger les mains d'une surexposition à l'eau, aux préparations nettoyantes et aux aéroallergènes, il faut porter des gants. Utiliser des gants de coton sous les gants en latex/caoutchouc pour absorber la transpiration.
- Utiliser des crèmes protectrices et porter les gants pour diminuer l'exposition aux antigènes et la gravité des réactions cutanées.
- Se gratter peut causer la formation de fissures qui laisseront les bactéries pénétrer dans l'épiderme abîmé et y produire une infection.
- Parmi les stratégies antiprurigineuses, il y a l'application d'une compresse froide sur la région affectée, le maintien des ongles courts et l'usage de produits en vente libre contenant de l'hydrocortisone.
- Éviter le contact de la peau avec les fruits, les légumes et les viandes crues.
- Si possible, porter des gants en vinyle pour se laver les cheveux.
- Enlever ses bagues avant de faire un travail mouillé ou de se laver les mains, car celles-ci peuvent retenir l'humidité et les irritants.
- Les efforts que l'on fait pour réduire le stress sont bénéfiques pour contrôler l'eczéma des mains. Le stress psychologique peut entraîner des modifications immunologiques qui peuvent aggraver l'eczéma des mains.
- Les patients qui interagissent avec des organisations nationales ou des réseaux sociaux sur le Web peuvent bénéficier d'une éducation et d'un soutien social.

Conclusion

La formulation d'une stratégie de traitement efficace dépendra de nombreux facteurs dont les trouvailles des investigations diagnostiques, l'étendue et la gravité de l'eczéma des mains, l'histoire du traitement, l'âge et les préférences du patient. En plus de réaliser des améliorations tangibles, l'approche thérapeutique adoptée doit aussi minimiser la diminution de la qualité de vie à la suite de la perturbation du sommeil, l'inconfort, l'incapacité, et une conscience exacerbée qui peut déboucher sur des conduites d'évitement social. Par conséquent, un diagnostic précoce et des soins médicaux et d'appoint continus sont cruciaux pour le contrôle de la chronicité et de la gravité de la maladie.

Le besoin non comblé d'agents pharmacologiques efficaces dans la gestion à long terme de l'eczéma chronique sévère des mains est à signaler. Les options de traitement actuelles sont assombries par des effets indésirables et incapables d'induire des périodes prolongées de rémission. Cependant, l'introduction récente de l'alitrétinoïne a élargi les options thérapeutiques et amélioré les perspectives des patients qui ne répondent pas aux thérapies conventionnelles. Dans le cadre des soins aux patients, les médecins de famille jouent un rôle complet en conseillant sur les médicaments d'appoint en vente libre, les effets indésirables des médicaments, leur bon usage, et en offrant des conseils de gestion quotidienne. De tels efforts déployés pour éduquer le patient et lui communiquer des conseils pratiques vont renforcer à la fois la logique et les buts des thérapies prescrites, ce qui peut aider à optimiser les résultats du traitement.

References

1. Ruzicka T. et coll., *Br J Dermatol* 158(4) : 808-817 (avril 2008).
2. Diegen et coll., *Contact Dermatitis* 47 : 203-210 (2007).
3. Meding B. et coll., *Acta Derm Venereol* 69(3) : 227-233 (1989).
4. Meding B. et coll., *J Invest Dermatol* 124(5) : 893-897 (mai 2005).
5. Meding B., *Acta Derm Venereol Suppl* (Stockh) 153 : 1-43 (1990).
6. Cvetkovski R.S. et coll., *Br J Dermatol* 152(1) : 93-98 (janvier 2005).
7. van Coevorden A.M. et coll., *Br J Dermatol* 151(2) : 446-451 (août 2004).
8. Robertson L., *Skin Therapy Lett* 14(3) : 1-5 (mars 2009).
9. Ruzicka T. et coll., *Arch Dermatol* 140(12) : 1453-1459 (décembre 2004).
10. Santé Canada. Avis de décision portant sur Toctino, le 13 novembre 2009. Disponible à : http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/sbd-smd/phase1-decision/drug-med/nd_ad_2009_toctino_119010-fra.php. Accédé le 25 mars 2010.
11. The electronic Medicines Compendium (eMC) on alitretinoïn (Toctino®). Disponible à : <http://emc.medicines.org.uk/medicine/21177/SPC/Toctino+10mg+and+30mg+soft+capsules/>. Accédé le 25 mars 2010.
12. Bissonnette R. et coll., *Br J Dermatol* 162 (2) : 420-426 (1 février 2010).

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@skinthrapyletter.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



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>

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	ActinicKeratosis.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	StaphInfection.com
Sweating.ca	UnwantedFacialHair.ca		

Sites pour les professionnels en médecine :

Dermatologists.ca	PAS1training.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 :

Actelion Canada Pharmaceuticals Inc.

Toctino[®], Tracleer[®], et Zavesca[®]

Dermik, the dermatology division of
sanofi-aventis Canada Inc.

Galderma Canada Inc.

*Benzac[®], Clobex[®], Desocort[®], Differin[®], Metrogel[®],
Metvix[™], et Silkis[™]*

GlaxoSmithKline Consumer Healthcare

Spectro[®]

Graceway Pharmaceuticals LLC

Aldara[®], Vyloma[™], et Zyclara[®]

LEO Pharma Inc.

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

Stiefel, a GSK Company

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

Triton Pharma Inc.

*Dermaflex-20, Dermaflex HC 1%,
Topactin, Topiderm HC 2%, et Vaniqa[®]*

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 fabricant.